

Hommage de l'aut[illegible]
Bonn d. 29. 10 [illegible]

Aus der psychiatrischen Klinik der Universität Bonn
(Director: Prof. Dr. Westphal).

Klinische Studien über die Melancholie.

Von

Privatdocent Dr. med. **Arthur Hermann Hübner,**
Assistent der Klinik.

Sonder-Abdruck aus dem Archiv für Psychiatrie. Bd. 43. Heft 2.



Aus der psychiatrischen Klinik der Universität Bonn
(Director: Prof. Dr. Westphal).

Klinische Studien über die Melancholie[1]).

Von

Privatdocent Dr. med. **Arthur Hermann Hübner,**

Assistent der Klinik.

Die älteren Autoren, welche sich mit der Classification der Geistesstörungen des höheren Lebensalters beschäftigt haben, machen fast alle einen fundamentalen Unterschied zwischen den Psychosen im Greisenalter und solchen des Greisenalters.

Sie rechnen zu der ersten Gruppe einige functionelle Störungen, nämlich die Manie, die Melancholie und gewisse der Paranoia nahestehende Zustandsbilder, die zwar in selteneren Fällen auch im höheren Alter zur Beobachtung kommen, aber ihrem Wesen nach von den klinisch ähnlichen Erkrankungen früherer Lebensperioden nicht verschieden sind.

Den gleichen Unterschied wie jene Aelteren, von denen nur Wille, Weiss und Güntz genannt seien, haben auch einige neuere Forscher, so Fürstner, Zingerle, Noetzli, Wollenberg, und von den französischen Autoren namentlich Ritti und Léri gemacht.

Bezüglich der paranoiaähnlichen Formen und der Manie hat sich hiergegen kein Widerspruch erhoben, wohl aber bezüglich der Melancholie.

Zuerst war es wohl Siegfried Krakauer, der diese Erkrankung anders definirt wissen wollte. Er ging von dem Satze aus, dass für die Aufstellung typisch ausgeprägter Psychosenformen den höchsten Werth die Untersuchung der Psychosen gleicher Lebensalter zu beanspruchen hätte. Denn jedem Lebensalter entspräche eine bestimmte Durchschnitts-

1) Die wesentlichen Ergebnisse des ersten Theiles dieser Arbeit wurden am 27. April 1907 unter dem Titel „über die klinische Stellung der Involutionsmelancholie“ auf der Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie in Frankfurt a. M. vorgetragen.

entwickelung des Gehirns, jedem Entwicklungszustand desselben käme eine ihm eigenthümliche Ausbildung der seelischen Functionen zu; daher die charakteristische Signatur der pathologischen Abweichungen. (Nach dem Referat in der Allgem. Zeitschr. für Psych. Bd. 40. S. 384).

Bemerkenswerth ist, dass Krakauer die nachklimakterischen Melancholien der Frauen, die er für Erkrankungen des Greisenalters hält. deshalb zum Gegenstand seiner Betrachtung gewählt hatte, weil er der verbreiteten Meinung, dieselben seien prognostisch besonders ungünstig, entgegentreten wollte. Nicht zum wenigsten die Annahme, dass Letzteres doch der Fall sei, hat einen anderen Forscher dazu veranlasst, den Involutionsmelancholien gegenüber dem circulären Irresein eine klinische Sonderstellung einzuräumen.

Wenngleich Kraepelin einen grossen Theil der im höheren Alter auftretenden Depressionszustände dem manisch depressiven Irresein entweder ganz zurechnet oder wenigstens als dieser Krankheit nahe verwandt bezeichnet, so glaubt er einen anderen Theil derselben als specifische Erkrankungen des höheren Lebensalters ansehen zu müssen, weil sie sich klinisch, prognostisch und wahrscheinlich auch anatomisch von den circulären Formen grundsätzlich unterscheiden.

Weygandt hat in einem Vortrage „über das manisch-depressive Irresein“ den Standpunkt der Kraepelin'schen Schule sowohl bezüglich dieser letzteren Krankheit, wie auch bezüglich der Melancholie in präciser Weise zum Ausdruck gebracht. Er sagt Folgendes:

„Es giebt eine scharf umschriebene Gruppe von Geisteskrankheiten, „welche unter dem Bilde einer bestimmt gearteten Erregung oder Depression „auftreten, in Bezug auf den Anfall vollständig heilen, aber die Neigung „zu neuen Anfällen hinterlassen. Der einzelne Anfall kann das Bild der „bestimmt zu charakterisirenden Erregung oder Depression aufweisen, „oder es können beide Bilder nacheinander auftreten, oder es können sich „auch Symptome des einen Zustandes mit denen des anderen zu einem „Bilde mischen. Irgendwelche Uebergänge von diesem manisch-depressiven „Irresein zu anderen Geisteskrankheiten kommen nicht vor, weder zur „Paralyse noch zu Erschöpfungspsychosen, noch zu den Verblödungs-„processen oder zur Epilepsie u. s. w. Ebenso ist völlig davon zu „trennen eine im Involutionsalter auftretende Erkrankung, die Melancholie „im engeren Sinne, welche sich klinisch und prognostisch davon unter-„scheidet und ihrerseits Uebergänge zu den Geistesstörungen des Greisen-„alters zeigt.“

Soweit es die hier zu betrachtende Melancholie anbelangt, haben sich noch Aschaffenburg, Kemmler, Gaupp und Illberg in ähnlichem Sinne wie Weygandt geäussert. Von ausländischen Autoren

ist die Arbeit von Capgras zu erwähnen und ferner diejenige von Vedrani. Beide Forscher vertreten gleichfalls den Standpunkt, dass die Melancholie eine klinische und ätiologische Sonderstellung beanspruchen könne, dass sie eine Psychose des höheren Lebensalters sei.

Die eben scizzirte Anschauung hat nun von verschiedenen Seiten lebhaften Widerspruch erfahren. Sowohl in mehreren Discussionen, wie auch in ausführlichen Studien (Rückle, E. Meyer, Schott, A. Westphal, Cl. Neisser, Kölpin, Jolly, Walker) ist wiederholt darauf hingewiesen worden, dass bisher durchgreifende klinische Unterschiede, die eine sichere Differentialdiagnose zwischen dem depressiven Anfall des circulären Irreseins und der Involutionsmelancholie gestatten, nicht nachgewiesen sind, und dass auch auf pathologisch-anatomischem Gebiete und durch die ätiologischen Forschungen bisher nichts gefunden worden ist, was dafür spräche, dass die Melancholie des höheren Lebensalters sich von der depressiven Phase des circulären Irreseins wesentlich unterschiede.

Ich sehe davon ab, die umfangreiche Litteratur über die vorliegende Streitfrage durchzugehen, weil ziemlich vollständige Bearbeitungen derselben sich in den Darstellungen von Schott und Walker finden, möchte mir aber im Folgenden erlauben, an der Hand eines sorgfältig zusammengestellten Krankenmaterials der Bonner Klinik der Frage näher zu treten, ob die Kraepelin'sche Melancholie thatsächlich eine Erkrankung sui generis ist.

Ich habe ausserdem eine Reihe von Problemen gestreift, die nicht unbedingt in den Rahmen obiger Fragestellung hineingehören. Es handelt sich um die Beziehungen der Melancholie zu gewissen von anderen Autoren als Uebergangsfälle zur Neurasthenie und Paranoia bezeichneten Beobachtungen. Da aber der in dieser Arbeit vertretene diesbezügliche Standpunkt von demjenigen anderer Forscher in mancher Beziehung abweicht, wird man auch diese Abschweifungen von der ursprünglichen Fragestellung hoffentlich als berechtigt anerkennen.

Das Krankenmaterial, auf dessen Geschichten meine Untersuchungen basiren, besteht aus 100 Fällen, deren klinische Eintheilung aus der Tabelle 1 ersichtlich ist.

Besonderen Werth erhält dasselbe wohl noch dadurch, dass sich unter den periodischen und circulären Formen eine ganze Reihe von Kranken befindet, die 30 Jahre und noch länger beobachtet worden sind.

Ich hätte leicht die Zahl der Fälle verdoppeln oder verdreifachen können. Wenn ich davon absah, geschah es, weil ich nicht die Absicht hatte, Statistik zu treiben, die in den umfangreichen Arbeiten von Schott und Walker genügend berücksichtigt ist.

Tabelle I.

	Beginn im Alter von 12—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60—69	70—79	Zusammen	M.	F.
einmalige Manie						1	1	2	2	—
„ Melancholie			2	5	11	10		28	10	18
period. Manie	1	5	2	4	6	3		21	17	4
„ Melancholie	1	3	6	7	10	4		31	10	21
circuläres Irresein	3	3	5	3	3	1		18	8	10
								100	47	53

Bevor ich mich dem eigentlichen Thema zuwenden kann, sei noch eine Bemerkung zu der vorstehenden Tabelle eingefügt.

In den Rubriken „periodische" Manie und Melancholie habe ich sowohl diejenigen Fälle untergebracht, in denen es sich um psychische Störungen handelte, die in regelmässigen Intervallen wiederkehren, als auch diejenigen, in denen von einer Regelmässigkeit nicht die Rede sein konnte.

Den von verschiedenen Autoren, insbesondere von Hitzig, Ziehen und Hoche[1]) gemachten scharfen Unterschied zwischen „periodischen" und „recidivirenden" Erkrankungen habe ich also nicht zum Ausdruck gebracht und zwar deshalb nicht, weil ich die Ueberzeugung gewonnen habe, dass sich eine solche Unterscheidung practisch gar nicht durchführen lässt. A. Westphal[2]) hat mit Recht darauf hingewiesen, dass zwischen den recidivirenden und den periodisch auftretenden Krankheitsfällen fliessende Uebergänge bestehen. Es ist vielleicht noch hinzuzufügen, dass es Fälle giebt, in denen sich bei demselben Individuum die Erkrankung zunächst in unregelmässigen Zwischenräumen wiederholen kann, bis sich später allmählich eine bestimmter Turnus herausbildet.

Ein solcher Fall ist z. B. der folgende:

Beobachtung 1: J. L., geb. 3. März 42, zuletzt entlassen 2. August 05.

1. Erkrankung 8. April 59. Schlaflosigkeit, zeitweise Mattigkeit, Geruchshallucinationen, lacht viel, Bewegungsdrang, Mangel an Krankheitsgefühl, Reizbarkeit. In 5 Monaten allmähliche Heilung.

1) Siehe auch Pilcz.

2) Auf einem Missverständniss beruht es wohl, wenn Walker annimmt, dass A. Westphal die recidivirenden und periodischen Formen grundsätzlich geschieden wissen will. Er betont die principielle Bedeutung der Periodicität einer Geistesstörung nur insofern, als ihr gegenüber die Frage nach der manischen oder depressiven Färbung sowie die Aufeinanderfolge der einzelnen Phasen an Wichtigkeit in den Hintergrund tritt.

2. Erkrankung: 1900. Erregungszustand, der sich durch grosse Kauflust und Neigung zu phantastischer Kleidung äusserte.

3. Erkrankung: 1902. Erregt, wieder phantastisch gekleidet, störte die öffentliche Ordnung in der Kirche. Gehobene, zeitweise zornige Stimmung, Schlaflosigkeit, betet, flucht, singt, zerreisst Decken, declamirt Gedichte, spricht fortwährend.

Nach 3 Monaten geheilt entlassen.

4. Erkrankung 1904: Erregung, beständiger Redefluss, Personenverkennung, Grössenideen, Ideenflucht. Allmähliches Abklingen des Zustandes. Entlassung nach 8 Wochen.

5. Erkrankung 1905: Sammelte plötzlich Lumpen und Schmutz zusammen, wurde erregt, als dies verhindert werden sollte. Sprach fortwährend, schimpft, reimt, singt, Grössenideen („er habe mehr als Grütze im Kopf").

Nach 8 Wochen geheilt entlassen.

6. Erkrankung 1907: Heitere Stimmung. Schlaflosigkeit, Bewegungsdrang, Ideenflucht.

Es handelt sich wie aus den kurzen Notizen wohl hervorgehen dürfte, um eine periodische Manie. Der Fall ist einmal deshalb interessant, weil zwischen dem ersten und zweiten Anfall die ungewöhnlich lange Pause von 41 Jahren liegt, ferner aber auch, weil er geeignet ist, die eben gemachten Ausführungen bezüglich der Begriffe „recidivirend" und „periodisch" näher zu illustriren. Für keinen der 5 Anfälle war eine äussere Veranlassung zu ermitteln. Rechnet man nun den Fall zur recidivirenden Form, dann trägt man dem Umstande, dass der 2. bis 6. Anfall die Bedingungen der Periodicität erfüllen, keine Rechnung. Betrachtet man aber das Leiden als eine „periodische" Geistesstörung, dann vernachlässigt man die Thatsache, dass zwischen dem ersten und zweiten Anfall ein Intervall von 41 Jahren lag, während die übrigen Anfälle sich in Abständen von 1—2 Jahren folgten. —

Walker führt übrigens sehr treffend aus, dass es kein sicheres Kriterium giebt, an der Hand dessen eine Unterscheidung zwischen den recidivirenden und periodischen Formen möglich wäre. Das Vorhandensein von Gelegenheitsursachen bei den recidivirenden und das Fehlen[1]) solcher bei den periodischen genügt nicht, eine principielle Trennung zu begründen, selbst wenn solche Gelegenheitsursachen bei der ersteren Verlaufsweise regelmässig gefunden würden, was keineswegs der Fall ist. Schliesslich dürfte auch ein Argument Kraepelin's, dass nämlich die recidivirenden und periodischen Formen eine vollkommene und grundsätzliche Uebereinstimmung des klinischen Krankheitsbildes darbieten,

1) Dass diese bei Weitem nicht immer fehlen, geht aus den späteren Ausführungen zum Kapitel „Aetiologie" hervor. Im Uebrigen sei auf Lipschitz verwiesen.

zu Gunsten der oben präcisirten Auffassung ins Feld geführt werden können.

Von wie hoher practischer Bedeutung diese Auffassung ist, mag folgender Fall lehren:

Die Vorsteherin einer rheinischen Mittelschule erkrankte zum ersten Male Ende der Dreissiger an einer geistigen Störung, die mit hochgradiger motorischer Unruhe, Verwirrtheit, massenhaften Sinnestäuschungen, Schlaflosigkeit etc. einherging und nach einigen Monaten heilte (Diagnose hallucinatorische Verwirrtheit). Die gleichen Zustände wiederholten sich nach je 6 monatlichem Intervall noch 2 Mal. Während der dritten Erkrankung wurde seitens der vorgesetzten Behörde die Pensionirung eingeleitet, weil nach ärztlicher Aeusserung weitere Rückfälle in kurzer Zeit zu erwarten ständen, und weil angenommen werden musste, dass die Pat. in Folge der immer wieder eintretenden Recidive dauernd zur Ausübung ihres Dienstes unfähig sein würde.

Die Annahme, dass es sich in dem vorliegenden Falle um eine „periodische" Psychose handelte, lag, nachdem 3 Attaquen sich in gleichen Abständen gefolgt waren, gewiss recht nahe. Es wurde in Folge dessen auch dauernde Dienstunfähigkeit angenommen, und die Pensionirung ausgesprochen.

Pat. focht dieselbe jedoch später an, indem sie mit Recht darauf hinwies, dass der vorausgesagte 4. Anfall ausgeblieben ist. Sie ist z. Z. thatsächlich seit 1 1/2 Jahren recidivfrei, unterrichtet privatim mit bestem Erfolge und beginnt demnächst an einer süddeutschen Universität die Vorbereitung zum Oberlehrerinnenexamen.

Die practische Bedeutung des Falles liegt m. E. darin, dass er den Gutachter bezüglich der weiteren Prognose einer anfangs periodisch verlaufenden Psychose zur grössten Vorsicht mahnt. Wenn in unserer Beobachtung die Anfälle, wie anfangs auch weiterhin in regelmässigen Abständen von 6 Monaten aufgetreten wären, hätte man die Kranke wohl als dauernd dienstunfähig ansehen dürfen. Nach dem jetzigen Verlauf des Leidens war sie es zweifellos nicht.

Zwei Momente sind es hauptsächlich, die nach Kraepelin für die Differentialdiagnose zwischen einer dem manisch-depressiven Irresein zuzurechnenden Depression und einer sog. Involutionsmelancholie ververwerthbar sind, nämlich

1. die Berücksichtigung des Alters und
2. das Vorhandensein einer Hemmung auf dem Gebiete des Denkens und Wollens.

Was das erste Moment anlangt, so sagt er, dass die in jugendlichem Alter auftretenden Depressionszustände nach seiner Erfahrung niemals einfache, in endgültige Heilung ausgehende Formen sind, sondern dass

sie entweder den Verlauf der Dementia praecox oder denjenigen des circulären Irreseins nehmen.

Ich habe unter meinem Krankenmaterial nichts gefunden, was mit Sicherheit gegen die Richtigkeit dieses Satzes spräche.

Wohl begegnen jedem, der ein in Jahrzehnten gesammeltes Material von Krankheitsgeschichten durcharbeitet, hier und da Fälle, wie sie von verschiedenen Autoren (z. B. Rückle) erwähnt werden, die seit einer in früherer Jugend durchgemachten Depression Anstaltsbehandlung nicht mehr nöthig hatten, in denen auch die Angehörigen über krankhafte Verstimmungen in der Zwischenzeit nicht zu berichten wissen, aber es bleibt auch da immer die Möglichkeit offen, dass trotzdem leichte und schnell vorübergehende Zustände von trauriger oder heiterer Verstimmung der Umgebung entgangen sind, und es ist ferner nie auszuschliessen, dass sich noch in späteren Jahren die bisher ausgebliebene Erkrankung einstellt. Kraepelin, Schott, Walker u. a. haben ja darauf hingewiesen, dass zwischen dem ersten und zweiten Anfall des circulären und periodischen Irreseins ein Intervall von 20—30 Jahren liegen kann. Nach meinen Erfahrungen sind Pausen von 10—15 Jahren nichts allzu Seltenes. Von über 400 Anfällen, die ich unter diesem Gesichtspunkte zusammenstellte, fanden sich bei 20 pCt. Zwischenzeiten von 10 Jahren und mehr. Wie gross die Intervalle sein können, hat schon die oben angeführte Beobachtung gezeigt. Dieselbe wird durch den folgenden Fall jedoch noch übertroffen:

Beobachtung 2. 1. Erkrankung 1852 starke Gemütsverstimmung, Schlaflosigkeit, beständige Unruhe und Angst, unregelmässiger Stuhl. Dauer 11 Wochen.

2. Erkrankung 1861. Beängstigungen, Unruhe, deshalb wurde die Arbeit eingestellt, Selbstvorwürfe, Mangel an Lebensmut, sprach von Selbstmord; in Siegburg einige Wochen behandelt.

3. Erkrankung 1905. Um diese Zeit Anblick eines Erhängten, darauf äusserte Pat., er müsse sich auch erhängen, hoffnungslos, ängstlich, fühlte sich gehemmt, konnte nichts arbeiten.

In dem eben beschriebenen Falle, der wohl als recidivirende Melancholie zu deuten sein dürfte, betrug das freie Intervall zwischen dem zweiten und dritten Anfall 44 Jahre!

Um wieder zu der Frage des Vorkommens einzelner Melancholien im jugendlichen Alter zurückzukehren, so soll das Vorhandensein solcher Fälle, wie sie von verschiedenen Autoren (Rükle, Walker, Lipschitz, Schott, Kölpin) erwähnt werden, nicht etwa ganz geleugnet werden[1]).

1) S. auch Capgras.

Sie sind nach meinen Erfahrungen jedoch verhältnissmässig selten und es können gegen die meisten Fälle auch die oben erwähnten Bedenken erhoben werden. Gerade die beiden mitgetheilten Beobachtungen lehren uns, dass es nicht möglich ist, den Eintritt eines Recidivs vor dem Ableben des Kranken mit Sicherheit auszuschliessen.

Fauser hat nun neuerdings auf eine Gruppe von Krankheiten hingewiesen, bei der es sich um jugendliche Individuen handelt, die unter den Zeichen ängstlicher Spannung oder Erregung erkranken. Im Beginn des Leidens treten häufig Zwangsvorstellungen auf, die entweder wieder schwinden oder sich in Wahnideen weiter bilden.

Diese Depressionen sollen sich nach Symptomen und Verlauf vollständig mit der Kraepelin'schen Melancholie decken, nur mit dem wesentlichen Unterschied, dass die Prognose in diesen Fällen eine günstige ist.

Die Kranken, welche er im Auge hat, sind durchweg „Nervöse" im weiteren Sinne des Wortes „constitutionell Verstimmte" und ähnliche Menschen, die oft zeitlebens eine Sorge für ihre Angehörigen und häufig einen Gegenstand der ärztlichen Fürsorge bilden.

Leider bringt Verf. keine Krankheitsgeschichten, so dass eine Discussion seiner Beobachtungen im Anschluss an concrete Fälle nicht möglich ist. Trotzdem kann ich mich bestimmter Bedenken gegen die Identität dieser jugendlichen Depressionen mit den Zuständen trauriger Verstimmung, welche Kraepelin als Involutionsmelancholie bezeichnet hat, nicht erwehren und zwar aus folgenden Gründen:

1. Unter den Melancholikern im Sinne Kraepelin's kommen gewiss nicht allzu selten nervöse und constitutionell verstimmte Individuen vor. Die Regel ist dies jedoch keineswegs, wie alle Autoren übereinstimmend betonen. Die jugendlichen Depressionen, von denen Fauser spricht, sind nun im Gegensatz hierzu durchweg bei solchen abnormen Individuen beobachtet worden.

2. Legt schon dieser Umstand den Verdacht nahe, dass es sich bei den juvenilen Angstzuständen um Psychosen handelt, die sich von der Melancholie unterscheiden, so wird dieser Argwohn noch verstärkt, wenn man Fauser's Angaben über das Vorkommen von Zwangsvorstellungen genauer betrachtet.

Dass Zwangsvorstellungen bei der Melancholie auftreten können, ist bekannt. Ebenso bekannt ist, dass dies nicht häufig der Fall ist. Noch seltener dürfte es sich aber wohl ereignen, dass aus den Zwangsvorstellungen sich Wahnideen entwickeln. Alle bekannteren Lehrbücher sowohl (Ziehen, Kraepelin, A. Westphal) wie auch die sonstigen diese Frage betreffenden Abhandlungen (Schott, Heller) sprechen

sich übereinstimmend dahin aus, dass die Wahnideen der Melancholiker sich meist aus Erklärungsversuchen der krankhaft veränderten Gefühle herleiten lassen.

Wenn nun Fauser für seine jugendlichen Depressionen angiebt, dass sich bei diesen nicht selten, vielleicht sogar häufiger, als bei den Spätformen die Wahnvorstellungen aus einer wohlcharakterisirten Periode der Zwangsvorstellungen herausentwickeln, so kann man auch darin einen Unterschied zwischen den beiden Depressionsformen erblicken.

Ich möchte im Folgenden eine Beobachtung mittheilen, die wahrscheinlich hierher gehört:

Beobachtung 3. Johann Sch. früherer Postassistent, 30 Jahre alt. Aufg. 22. März 1907.

Anamnese: Vater starb an „Gehirnentzündung". Sonst über Heredität nichts bekannt. Pat. soll stets ein sonderbarer Mensch gewesen sein, der seinen Angehörigen viel Sorgen machte. Mit 9 Jahren bis in die letzte Zeit hinein starke Onanie. In den letzten Jahren auch nicht selten Alkoholmissbrauch. Körperliche Krankheiten hat er mit Ausnahme einer Hämoptoe angeblich nicht durchgemacht. Seit dem 19. Lebensjahr Postgehülfe. Juli 1906 nach Bestrafung wegen Unterschlagung eines Geldbriefes aus dem Postdienst entlassen.

Nach Verbüssung der 3monatigen Gefängnissstrafe (Sept. 1906) fühlte Pat. sich hypnotisirt. Später kam er mit Selbstvorwürfen heraus. Sei ein schlechter Mensch, sei im Gefängniss auf den Gedanken gekommen, protestantisch zu werden, daher sein ganzes Unglück. Glaubte, er solle geköpft werden. Lief seinen Angehörigen heimlich fort, fuhr nach M. Dort machte er Nachts in einem Hôtel Lärm, weil er sich verfolgt glaubte. Deshalb am 25. März 1907 nach Bonn.

Status. Stark erweiterte Pupillen, die aber auf Licht und Convergenz sich prompt verengern, alle Sehnenreflexe stark gesteigert. Linke Lungenspitze infiltrirt. Blasses, heruntergekommenes Aussehen.

Zeitlich und örtlich orientirt. Weiss auch über die Vorgänge in der letzten Zeit Bescheid. Glaubt, er sei in einer Vereinigung von Hypnotiseuren oder in der Hölle, das wisse er nicht genau. Er soll hier für seine früheren Sünden gemartert werden. Man wolle ihm Hände und Füsse abhacken. Er wolle ja gerne alles, was er gethan habe, bereuen. Hört, wie die anderen Pat. über ihn, über sein früheres Leben und seine jetzigen Gedanken sprechen. Er soll in die Luft gesprengt und dann in den Rhein geworfen werden. Sehr ängstlich.

1. April 1907. Wolle ja gerne alles über sich ergehen lassen, wenn es dann sein müsse. Es sei ihm, als wenn er in einer anderen Welt lebe. Wisse nicht, woran er sei. Blasse Gesichtsfarbe. Bisher keine Nahrungsverweigerung.

5. April 1907. Dauernd klar. Sucht sein früheres Verhalten dadurch zu erklären, dass er hypnotisirt gewesen sein müsse; ist ruhiger.

2. Mai 1907. Sitzt seit einigen Tagen wieder traurig ängstlich im Bett. Beginnt schon nach wenigen Worten zu weinen. Habe Angst, die sitze in der

Brust. Sei hier in der Vorhölle, hier sei eine ganz andere Welt. Sollte getötet werden, weil er Pole sei. Dürfe daher nicht essen. (Seit 4 Tagen vollständige Nahrungsverweigerung.) Verkennt Personen. Hält den Abtheilungsarzt für den Erzengel Michael.

Will vor das Bussgericht gebracht werden, habe unterschlagen und schlecht gelebt. Sei sehr ängstlich, das käme alles durch seine Gedanken.

Aengstlicher Gesichtsausdruck. Pat. spricht leise aber eindringlich, ringt oft die Hände, hält den Arzt fest und bittet, ihm zu helfen. Keine deutlichen Zeichen von Hemmung.

5. Mai 1907. Hält einen Arzt für Christus. Versichert ihm, was er sage, wolle er (Pat.) thun. Es wird ihm von dem betr. Arzte gerathen, Nahrung zu nehmen. Pat. kommt diesem Rathe sofort nach.

Wird einige Tage später von den Angehörigen gegen ärztlichen Rath abgeholt[1]).

Auch in dem vorliegenden Falle handelt es sich um einen von Jugend auf sonderbaren Menschen, der, wie nachgetragen sei, eine Reihe von Degenerationszeichen darbietet.

Er erkrankt, nachdem er eine monatelange entehrende Strafe, die gleichzeitig den Verlust des Amtes nach sich zog, verbüsst hatte, unter zahlreichen Sinnestäuschungen. Zu diesen gesellt sich später die Angst, so dass der Kranke nach einiger Zeit ein Zustandsbild bietet, das in jeder Beziehung denjenigen gleicht, die wir bei der Involutionsmelancholie zu sehen gewohnt sind.

Ist man nun aber auch wirklich berechtigt, die Psychose als eine echte Melancholie anzusprechen? Wohl nicht ohne weiteres, denn nicht der Angstaffect, sondern Sinnestäuschungen waren die zuerst beobachteten Erscheinungen. Die Letzteren sind nach einem schweren psychischen Trauma bei einem tuberculösen Menschen entstanden, der, an sich Psychopath, seinen Körper durch Alkohol und sexuelle Ausschweifungen stark geschwächt hatte.

Ferner wird bei Beurtheilung des Falles noch zu berücksichtigen sein, dass die Depression sowohl, wie die Wahnideen, welche wir bei unserem Kranken finden, nicht ganz unmotivirt sind. Die Psychose schliesst sich unmittelbar an eine schwere Gemüthserschütterung an und die Wahnideen nehmen, was ihren Inhalt anlangt, auf das affectbetonte Ereigniss Bezug. In unserer Beobachtung ist also im Gegensatz zur melancholischen Verstimmung ein hinreichender Grund für die Depression vorhanden.

---

1) Anmerkung bei der Correctur: Nach einer inzwischen eingelaufenen Mittheilung befindet sich der Kranke z. Zt. (August 1907) noch in dem gleichen Zustande, wie bei seiner Entlassung. Insbesondere sollen die Wahnvorstellungen und der Affect noch bestehen.

Um zusammenzufassen, scheint es sich mithin, soweit die bisherigen Ermittelungen ergeben haben, um eine auf dem Boden der Degeneration erwachsene, durch Sinnestäuschungen mit nachfolgender trauriger Verstimmung charakterisirte Geistesstörung zu handeln, deren Identität mit der Kraepelin'schen Melancholie nach den vorstehenden Ausführungen gewiss nicht ohne jede Berechtigung in Zweifel gezogen werden kann (s. a. S. 40 u. ff.).

Aber selbst angenommen, die Zusammengehörigkeit wäre sowohl in unserem Falle, wie in denjenigen Fauser's sicher erwiesen, würden solche Beobachtungen, da sie anerkanntermaassen selten sind, nicht geeignet sein, die Behauptung Kraepelin's, die vor dem 30. Lebensjahre vorkommenden Depressionen seien niemals einfache, in endgültige Heilung ausgehende Formen, erheblich einzuschränken.

Diese Thatsache ist als ein wichtiges Argument zu Gunsten der klinischen Sonderstellung der Melancholie in's Feld geführt worden.

In der That muss man sich angesichts derselben die Frage vorlegen, warum einem Theil der im höheren Alter auftretenden Depressionen die Neigung zu Recidiven zu fehlen scheint, welche wir bei früh einsetzenden Zuständen von Angst oder trauriger Verstimmung fast gesetzmässig finden.

Es dürfte nicht leicht sein, hierfür eine befriedigende Erklärung zu geben. Wer nicht geneigt ist, die Sonderstellung der Melancholie anzuerkennen, wird mit einem gewissen Recht darauf hinweisen können, dass, wenn ich so sagen darf, der spät auftretenden Melancholie nicht einmal die Hälfte der Zeit zu Recidiven bleibt, welche der jugendlichen Depression dafür zu Gebote steht. Während diese 4—5 Jahrzehnte dafür hat, bleiben jener nicht mehr als zwei.

Nimmt man hierzu noch die oben erwähnte Erscheinung, dass beim manisch-depressiven Irresein ein Anfall dem anderen bisweilen erst nach Jahrzehnten folgt, dann würde zum mindesten für einen grossen Theil der Altersmelancholien die Erklärung gegeben werden können, dass in Fällen, in denen während des ganzen Lebens nur eine Depression auftrat, ein Recidiv wegen vorzeitigen Ablebens des Kranken unterblieb, dass es sich, um einen Ausdruck Kraepelin's zu gebrauchen, in einem solchen Falle um die einmalige Aeusserung einer sonst recidivirenden Psychose handelte.

Uebrigens erklärt man damit keineswegs alles. Es bleibt vielmehr noch eine zweite merkwürdige Erscheinung übrig, deren Ursache wir gleichfalls noch genauer zu erforschen haben, nämlich die Seltenheit der einmaligen, d. h. nicht recidivirenden Manie.

Ihr Vorkommen überhaupt in Abrede zu stellen, wie das früher

geschehen ist, dürfte allerdings nicht angehen. Aus den Arbeiten von van Erp Talmann Kip, Hinrichsen, Mayser, Gaupp, Saiz und Walker geht doch wohl hervor, dass es vereinzelte Fälle von einmaliger acuter Manie giebt. Wie selten dieselben jedoch sind, kann man daraus entnehmen, dass ich unter mehreren Hundert eigens zu diesem Zwecke durchgesehenen Krankengeschichten nur zwei derartige Beobachtungen gefunden habe, und auch die halte ich aus verschiedenen Gründen für sehr wenig beweiskräftig.

Es könnte nun zur Erkärung dieser Erscheinung vielleicht darauf hingewiesen werden, dass Manien überhaupt im höheren Alter seltener vorkommen, als Melancholien.

Unter den 100 Fällen, welche dieser Arbeit zu Grunde liegen, fanden sich nur die beiden erwähnten Fälle von nach dem 50. Lebensjahre auftretender, nicht recidivirender Manie, gegenüber 21 Fällen von einfacher Melancholie, und 9 Fälle von periodischer Manie gegenüber 14 Fällen periodischer Melancholie.

Ob diese Erklärung aber ausreichend ist, wird wohl erst durch weitere Untersuchungen festgestellt werden müssen. Ganz wird man, wie mich dünkt, der Disproportionalität des oben erwähnten Zahlenverhältnisses damit nicht gerecht.

Ich habe es für nothwendig gehalten, diese beiden Gesichtspunkte noch einmal scharf hervorzuheben, weil sie von den Gegnern der Lehre von der Sonderstellung der Involutionsmelancholie vielfach nicht genügend gewürdigt worden sind. Thalbitzer z. B., der den Standpunkt Kraepelins als halb und unhaltbar bezeichnet, hat, wenn ich der einen seiner Arbeiten folgen darf — die andere war mir nicht zugänglich — diese beiden Momente nicht genügend berücksichtigt, andere Autoren haben sie ganz vernachlässigt. —

Wir kommen damit zu dem zweiten Argument, das zu Gunsten der Involutionsmelancholie vorgebracht worden ist.

Es soll nämlich meist eine Hemmung des Denkens und Handelns bei traurig verstimmten Circulären vorhanden sein, die Altersmelancholikern angeblich fehlt.

Weygandt geht sogar so weit zu sagen, dass bei der dem Involutionsalter angehörigen Melancholie von einer psychomotorischen Hemmung nicht die Rede sei.

Dieser Ausspruch ist nur verständlich, wenn man sich dessen erinnert, dass Kraepelin in Bezug auf das motorische Verhalten der traurig Verstimmten zwei Möglichkeiten unterscheidet. Bei den Circulären soll die centrale Auslösung der Handlungen erschwert, alle einzelnen Bewegungen, soweit sie einen Willensantrieb erfordern, mehr oder

weniger verlangsamt sein und ohne Kraft geschehen, während bei Melancholischen durch die gemütliche Verstimmung die Schaffensfreudigkeit ungünstig beeinflusst wird. „Man kann sich, wie Kraepelin meint, „leicht davon überzeugen, dass nicht die Ausführung der Bewegungen „an sich erschwert ist. Die Kranken befolgen Aufforderungen ohne „Zögern, vollziehen alle Verrichtungen in natürlicher, freier Weise, wenn „auch ohne besondere Kraft und Schnelligkeit."

Bestimmte Kriterien, die uns eine Unterscheidung zwischen Hemmung und dem entsprechenden Zustande bei der Involutionsmelancholie ermöglichten, sind bisher nicht angegeben worden.

Nicht wenige Forscher haben in Folge dessen überhaupt bezweifelt, dass die Verlangsamung der Bewegungen bei Circulären und Melancholischen verschieden bedingt sei.

Dieser Zweifel ist auch anscheinend nicht unberechtigt, denn es giebt Fälle von einmal im Leben auftretender Depression, die einerseits den Charakter der Angstmelancholie tragen, andererseits bezüglich des äusseren Verhaltens durchaus das Bild der psychomotorischen Hemmung darbieten. Die Kranken befolgen Aufforderungen entweder überhaupt nicht oder nur nach längerem Zögern; führen sie einen Auftrag aus, so geschieht das in langsamer, unfreier Weise. Ihre Antworten erfolgen mit leiser Stimme, stockend. Zwischen den einzelnen Worten sind oft lange Pausen eingeschaltet, Spontanbewegungen werden selten beobachtet, die Haltung ist zusammengesunken, kurz, die Kranken machen durchaus den Eindruck, dass bei ihnen die centrale Auslösung der Handlungen erheblich erschwert ist, und trotzdem sind es Involutionsmelancholien.

Zur Illustration des eben Gesagten folgendes Beispiel:

Beobachtung 4. Gerhard Pr., 58 Jahre alt, Berginvalide.

Anamnese: Ueber Heredität nichts bekannt. Pat. ist glücklich verheirathet. Seit mehreren Jahren „traurig und neurasthenisch".

Nov. 1906 Erkältung. Im Verlaufe derselben wurde Pat. schwermüthig, schlaflos, äusserte Todesgedanken. In letzter Zeit Nahrungsverweigerung, Angst, Flucht- und Suicidversuche, grosse Unruhe, Gehörstäuschungen.

Februar 1907. Aufnahme; Zunächst ruhig, leicht traurig. Pat. sitzt zusammengesunken mit gefalteten Händen im Bett. Der Blick ist auf die Decke gerichtet. Leichte Aufforderungen befolgt er zögernd. Die Bewegungen erfolgen langsam und ohne Kraft. Spontanbewegungen fehlen fast ganz. Die Antworten, welche auf Anreden erfolgen, werden mit leiser Stimme und stockend vorgebracht. Zwischen den einzelnen Worten oft grosse Pausen. Es gelingt nur schwer, einige Angaben vom Pat. zu erzielen. Er habe Angst, fühle, dass er seine Gedanken nicht sammeln könne. Das Arbeiten und Denken sei ihm in letzter Zeit schwer gefallen. Habe Sorgen gehabt.

Es gehe ihm schlecht, er könne keinen Urin lassen, habe Schmerzen im Unterleib. Sei verstopft.

Körperlich: seniler Habitus, doppelseitiger Leistenbruch. Im Uebrigen o. B.

10 Tage später: Pat. ist jetzt verändert. Die Angst hat zugenommen. Er sitzt jammernd im Bett, klagt über Herzbeklemmungen und Schlaflosigkeit.

Mitte März: Zeitlich und örtlich orientirt. Kein gröberer Intelligenzdefect. Pat. bittet, ihn zu schützen, denn er habe die Leute in der Anstalt reden hören, er solle gefesselt werden, die Glieder sollten ihm zusammengeschnürt werden. Man wollte ihn geisseln und furchtbar quälen. Bittet Ref., so oft er ihn erblickt um Gnade.

Ende März: Hört die Leute noch immer sprechen, dass er gegeisselt werden solle. Hat sie auch mehrfach gesehen.

Mitte April: Noch immer sehr traurig und niedergeschlagen. Der ganze Wachsaal habe sich gegen ihn verbündet. Er habe Geld gestohlen, das sei aber nicht wahr, er habe sogar einem anderen Kranken Geld geschenkt. Er habe darüber auch seiner Frau geschrieben. Seine Frau habe ihm geantwortet, aber der Brief sei ihm nicht ausgehändigt, sondern draussen vorgelesen worden. Die Leute sagten, er habe aus der Rinne des Abortes getrunken, das sei aber nur böswillige Verleumdung, das habe er nie gethan. Es würde über ihn geschimpft, dass er faul sei, nicht arbeiten wolle. Wenn für ihn Dienst angesetzt würde, dann thäte er den gern.

Pat. spricht sehr fliessend, unterbricht sich nur von Zeit zu Zeit durch Klagen über sein grosses Unglück, betont dabei zwischendurch immer wieder, dass er Angstgefühl verspüre, welches er in die Herzgegend localisirt.

In den letzten 14 Tagen beginnt die ängstliche Erregung abzuklingen.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass wir es in dem vorliegenden Falle mit einer sog. Involutionsmelancholie zu thun haben, deren Verlauf jedoch insofern nicht ganz gewöhnlich ist, als ausserordentlich zahlreiche Sinnestäuschungen auftraten und das Krankheitsbild wochenlang ganz beherrschten.

Ferner aber ist das motorische Verhalten des Patienten im Beginn der Anstaltsbehandlung höchst bemerkenswerth. Da ist eine Krankheitsphase verzeichnet, in der er alle diejenigen Zeichen bot, welche von Kraepelin als charakteristisch für eine psychomotorische Hemmung angesehen werden. Es fehlen alle Spontanbewegungen. Aufforderungen werden zögernd und ohne Kraft ausgeführt, Antworten erfolgen mit leiser Stimme. Zwischen den einzelnen Worten macht Pat. lange Pausen. Es sitzt den ganzen Tag in zusammengesunkener Haltung im Bett, hat selbst das Gefühl, als ob ihm das Denken schwer falle, und berichtet, dass ihm unmittelbar vor der Aufnahme auch die Arbeit schwer gefallen sei.

Diese Phase der Krankheit dauert im ganzen etwa 12 Tage. Dann steigert sich die Angst wieder und es treten massenhafte Verfolgungs-

und Beziehungsideen, Sinnestäuschungen, und zwar solche hauptsächlich des Gehörs und Gesichts, auf, während von einer Verlangsamung des Vorstellungsablaufes, einem Ausfall von Spontanbewegungen nicht mehr die Rede sein kann. Pat. führt jetzt alle Bewegungen, zu denen er aufgefordert wird, ohne Zögern aus, er spricht, wenn man ihn fragt, von seinen vermeintlichen Verfolgern, beobachtet die übrigen Kranken des Saales, weil er glaubt, sie hätten sich gegen ihn verschworen, und ist zeitweise sehr unruhig, besonders dann, wenn die Angst zugenommen hat.

Fassen wir zusammen, so lehrt uns die eben beschriebene Beobachtung, dass Fälle, die klinisch alle wesentlichen Zeichen der Involutionsmelancholie erkennen lassen, wenigstens zeitweise das Bild ausgesprochner psychomotorischer Hemmung darbieten können[1]).

Dass auch umgekehrt bei circulären Depressionen die Hemmung fehlen kann, ist so bekannt, dass es überflüssig erscheint, ein klinisches Beispiel dafür hier anzuführen.

Es folgt jedenfalls aus dem Vorstehenden, dass in dem Vorhandensein oder Fehlen der psychomotorischen Hemmung ein constantes Unterscheidungsmerkmal zwischen dem depressiven Anfall des circulären Irreseins und der sog. Involutionsmelancholie nicht gesehen werden kann.

Büsst dadurch schon das Symptom erheblich an Bedeutung ein, so wird ihm, wie mich dünkt, ein weiterer Theil derselben genommen, wenn man sich einer anderen Thatsache erinnert, die von Wollenberg, Kölpin und vor 2 Jahren von Gaupp hervorgehoben worden ist, nämlich, dass periodische Verstimmungen, deren erster Anfall bereits in früher Jugend auftrat und durchaus das Bild der Hemmung bot, in späteren Attaquen den Charakter der Angstpsychose annehmen können. Kölpin hat einen derartigen Fall beschrieben.

Bemerkenswerth erscheint mir dabei noch der Umstand, dass dieser Wechsel des klinischen Bildes, soweit meine Kenntnisse reichen, meist erst im höheren Lebensalter, um die Zeit des Klimakteriums oder noch später erfolgt, eine Erfahrung, die möglicherweise darauf hindeutet, dass wir in dieser Aenderung nichts weiter als den modificirenden Einfluss des zunehmenden Alters auf den Verlauf einer circulären Psychose erblicken dürfen.

---

1) Derartige Fälle dürften übrigens auch besonders geeignet sein, das Verhältniss zwischen depressivem Affect und motorischem Verhalten zu studiren. Es ist vor allem die Frage, warum sich einmal mit einem Depressions- oder Angstzustand Hemmungserscheinungen, ein anderes Mal Symptome motorischer Unruhe verbinden, welche an diesen Beobachtungen eingehender, als das bisher geschehen ist, geprüft werden muss.

Nicht gerade zu Gunsten dieser Ansicht spricht allerdings der Umstand, dass die erwähnte Modification des Krankheitsbildes anscheinend nicht sehr häufig eintritt. Jedenfalls wird uns dadurch nahe gelegt, überhaupt einmal den Einfluss des zunehmenden Alters auf das klinische Bild und den Verlauf des circulären Irreseins eingehender zu studiren.

Dass ein solcher möglicherweise besteht, ist von verschiedenen Autoren angenommen worden und zwar auf Grund folgender Thatsachen:

1. Erstens bricht ein sehr grosser Theil aller einmal im Leben auftretenden Melancholien in der Zeit des Klimakteriums oder Seniums aus.

Nicht weniger bekannt ist, dass die recidivirenden Depressionen häufig gleichfalls erst nach dem 45. Jahre auftreten. Unter meinen 31 Fällen geschah das bei 17 (also bei 56,7 pCt.). Bei anderen Fällen wieder bleibt nach einem oder mehreren in der Jugend durchgemachten Anfällen trauriger Verstimmung die ganze Zeit bis fast zur Schwelle des Greisenalters frei von psychischen Störungen. Erst um diese Zeit setzen neue Anfälle ein. Ich erinnere an die oben kurz seizzirte Beobachtung 2, die nach 44jähriger Pause einen depressiven Anfall registrirt.

Erhöhte Bedeutung gewinnen die eben angeführte Momente, wenn man den Umstand in Rechnung zieht, dass es keine functionelle Psychose giebt, die so häufig im höheren Lebensalter zum ersten Male einsetzt, wie das circuläre Irresein und die Involutionsmelancholie. Die folgenden Zahlen mögen das zeigen:

Von 952 Aufnahmen aus den letzten $1^1/_2$ Jahren (612 Männer und 340 Frauen) waren 20 pCt. nach dem 45. Lebensjahre zum ersten Mal erkrankt. Von diesen litten 35 pCt. an functionellen Psychosen, und zwar handelte es sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle um Manieen und Melancholien, nur ein verhältnissmässig kleiner Bruchtheil, etwa ein Drittel bestand aus anderen functionellen Geistesstörungen.

2. Wir werden uns ferner zu fragen haben, woher es kommt, dass sich im höheren Alter die manischen Anfälle — besonders bei Männern — bisweilen so häufen.

3. Weiterhin dürfte zu berücksichtigen sein, dass bei den circulären Formen der Verlauf gewisse Modificationen erfährt. So habe ich z. B. mehrfach beobachtet, dass bei Frauen, die anfangs in regelmässigem Wechsel manisch oder traurig verstimmt wurden, im höheren Alter die manischen Phasen ausblieben und statt dessen nur Depressionen zur Beobachtung kamen. Das umgekehrte Verhältniss, dass nach mehreren Cyklen nur heitere Erregungen folgten, ist mir unter den zu dieser Arbeit verwandten Fällen hauptsächlich bei Männern begegnet. Sehr gut stimmen mit dieser Erfahrung zwei andere überein, nämlich, dass mit zunehmendem Alter bei Frauen die Zahl der manischen Anfälle des

circulären Irreseins überhaupt hinter derjenigen der Depressionen deutlich zurückbleibt, und dass die Zahl der Anfälle der im höheren Lebensalter beginnenden periodischen Melancholien diejenige der periodischen Manien übertrifft. Ich verweise in dieser Beziehung auf die Tabelle I und II; aus der Letzteren ergiebt sich, dass auf 28 nach dem 50. Lebensjahre beobachtete manische Anfälle 69 depressive kamen, während die erstere zeigt, dass 13 periodischen Manien 21 periodische Melancholien gegenüberstehen.

Tabelle II. Vertheilung der Anfälle.

Männer:

	12—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60—69	70—79
	Jahre						
manische	—	11	19	4	31	57	8
depressive	5	4	5	21	37	44	14

Frauen:

	12—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60—69	70—79
	Jahre						
manische	—	12	56	28	16	8	4
depressive	3	7	10	35	27	29	13

5. Nicht unerwähnt darf ferner, wenn man von dem Einflusse des höheren Lebensalters auf den Verlauf des manisch-depressiven Irreseins spricht, der Umstand bleiben, dass bei manchen manischen Kranken die späteren Anfälle leichter verlaufen und schneller heilen, als in der Jugend. Schliesslich ist auch daran zu erinnern, dass in einzelnen Fällen — Matusch hat solche beschrieben — sich richtige Cyklen erst nach dem Cessiren der Menses einstellen.

Wenn ich oben sagte, dass meines Erachtens der modificirende Einfluss des Involutionsprocesses auf das psychische Verhalten der Circulären genauer studirt werden müsste, so meine ich das folgendermaassen:

Wir wissen aus den Arbeiten von Clemens Neisser, Schott, A. Westphal, Kölpin, Wollenberg u. A., dass durchgreifende, absolut zuverlässige klinische Unterscheidungsmerkmale zwischen der Altersmelancholie und dem depressiven Anfall des circulären Irreseins uns bis heute noch nicht bekannt geworden sind. Auch die ätiologischen Forschungen, wie sie in den verdienstvollen Arbeiten von Saiz, Lip-

schitz, Walker u. A. sowie den Erblichkeitsforschern vorliegen, haben uns solche Unterscheidungsmerkmale nicht gebracht — ich werde weiter unten hierauf noch zurückkommen. Dagegen sind uns, wie oben ausgeführt wurde, eine ganze Reihe von Thatsachen bekannt, die von vielen Forschern dahin gedeutet werden, dass die Involution — diesen Begriff im weitesten Sinne genommen — sowohl den Verlauf des circulären Irreseins und der periodischen Melancholie und Manie im ganzen, wie auch das klinische Bild des einzelnen Anfalles zu modificiren vermag.

Unter diesen Umständen hat man m. E. die Pflicht zu prüfen, in welchem Umfange dies geschieht. Sollte sich z. B. — um zunächst nur einen Punkt herauszugreifen — ergeben, dass bei periodisch Melancholischen mit zunehmendem Alter die einzelnen Anfälle öfters das Symptom der Hemmung verlieren und statt dessen den Charakter der Angstmelancholie annehmen, mit anderen Worten, sollten Fälle, wie der oben citirte Kölpin'sche häufiger vorkommen, so würde das nicht zu Gunsten der klinischen Sonderstellung der Involutionsmelancholie sprechen.

Wenn ich nach meinem eigenen Material urteilen darf, sind derartige Fälle allerdings nicht sehr zahlreich. Ich habe keine einzige Beobachtung aufzuweisen, die von einer strengen Kritik als einwandsfrei befunden worden wäre.

Es wird daher Sache weiterer Forschungen sein, einwandsfreies klinisches Material beizubringen und gleichzeitig statistische Erhebungen über die Häufigkeit dieser Fälle anzustellen. —

In dem Abschnitte seines Buches, in welchem Kraepelin den Begriff des manisch depressiven Irreseins so präcisirt, wie er ihn in der weiteren Darstellung abgegrenzt wissen will, geht dieser Autor auch auf die sog einfache Manie näher ein. Er führt aus, dass es ihm nicht angängig erscheint, dieselbe aus dem Bereiche des circulären Irreseins auszuschliessen, da zwischen dem Letzteren, der periodischen und einfachen Manie fliessende Uebergänge existirten. „Von der einfachen „Manie führen die zahlreichen Beobachtungen mit 2, 3, 4 Anfällen im „Leben ganz unmerklich zur periodischen Form hinüber, und von dieser „gelangen wir zum circulären Irresein durch jene Fälle, in denen immer „deutlichere depressive Vor- oder Nachstadien das reine Bild der Manie „allmählich trüben, oder in denen die lange Reihe der manischen An- „fälle unvermuthet durch einen Depressionszustand unterbrochen wird."

Die Richtigkeit der obigen Ausführungen wird niemand bestreiten können. Es liegt aber angesichts dieser Thatsachen die Frage nahe, ob nicht auch zwischen der einmaligen Melancholie — der Psy-

chose, welcher Kraepelin eine klinische Sonderstellung einräumen zu müssen glaubt — und dem manisch-depressiven Irresein gleichfalls so zahlreiche Uebergänge bestehen, dass jede Abgrenzung illusorisch erscheint.

Und in der That, wenn man eine grössere Reihe Krankheitsgeschichten von Circulären, periodisch Melancholischen und Altersmelancholikern nebeneinander hält und sich dann die Frage vorlegt, wo die Grenze zwischen der Kraepelin'schen Melancholie und dem circulären Irresein zu ziehen sei, dann wird man bekennen müssen, dass es unmöglich ist, eine solche Grenze zu finden. Von den typisch cyclisch verlaufenden Fällen bis zur einmal im höheren Alter auftretenden Melancholie giebt es unendlich feine Uebergänge, die jede Abgrenzung illusorisch machen.

An die in regelmässigem Wechsel zwischen manischer und depressiver Phase schwankenden Formen, reihen sich diejenigen an, wo dieser Wechsel aufhört, die Regel zu bilden, wo die depressiven Phasen an Zahl überwiegen. Es folgen jene Fälle, in denen die manischen Stadien wenig ausgesprochen, so zu sagen rudimentär ausgebildet gefunden werden.

Das nächste Glied der Kette wird von Kranken gebildet, die ausgesprochene Depressionszustände neben Mischzuständen aufzuweisen haben. Je weniger manische Züge die Letzteren enthalten, desto mehr nähert sich das klinische Bild der periodischen oder recidivirenden Melancholie. Von dieser wird der Uebergang zur einfachen Melancholie durch Fälle gebildet, die zunächst einen oder einige kurze und wenig ausgesprochene Depressionszustände aufweisen, welche die Grenze des Physiologischen kaum überschreiten, häufig von der Umgebung nur als eine ungewöhnlich lebhafte und lange andauernde Reaction auf eine körperliche oder seelische Schädigung angesehen werden. Diese Zustände kehren 1 oder 2 Mal in unregelmässigen Zwischenräumen wieder, bis eines Tages ein ausgesprochener schwerer melancholischer Anfall einsetzt, der klinisch bisweilen alle Kriterien der Altersmelancholie aufweist, ausheilt und sich später nicht mehr wiederholt. Unter meinen 100 Kranken fanden sich 3 solche Fälle. Wohin soll man nun derartige Beobachtungen rechnen? Wo soll man innerhalb dieser Reihe überhaupt eine Grenze ziehen, und, wenn man dies wirklich thut, hat man ein Recht, die diesseits und jenseits dieser Grenze rubricirten Fälle als ihrem ganzen Wesen nach von einander verschieden anzusehen?

Schon Thalbitzer hat darauf hingewiesen, dass dasjenige, was Kraepelin für die sog. „einfache" Manie gesagt hat, auch für die einmal im Leben auftretende Melancholie gelten könnte. Dass von ihr

zum circulären Irresein fliessende Uebergänge vorhanden sind, steht, wie die obigen Ausführungen gezeigt haben, ausser Zweifel. Es wird auch wohl kaum zu bestreiten sein, dass jede Grenze, wo auch immer man sie zieht, als eine künstliche erscheinen muss, der allenfalls zu Lehrzwecken, niemals aber als ätiologisches Eintheilungsprincip eine gewisse Daseinsberechtigung zuzuerkennen sein dürfte.

Ehe wir das Kapitel der Beziehungen zwischen dem circulären Irresein und der Involutionsmelancholie verlassen können, haben wir noch zweier Factoren zu gedenken.

Kraepelin sagt (S. 464), als die Zeichen der Rückbildungsmelancholie müsse man die langsame Entwickelung, den einförmigen Verlauf, die lange Dauer, die allmälige Lösung und die zweifelhafte Prognose bezeichnen.

Was die langsame Entwickelung anlangt, so führt er an anderer Stelle aus, dass meist bereits Monate, bisweilen selbst Jahre lang „allerlei unbestimmte Anzeichen voraufgehen, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Verstopfung, Mattigkeit, Schwere in den Gliedern, Herzklopfen, Ohrensausen, Arbeitsunlust. Die Kranken werden niedergeschlagen, verzagt, weinerlich, ängstlich, wüste Gedanken steigen ihnen auf, Sorgen, Befürchtungen, Zweifel, Selbstquälereien. Sie fühlen sich schwer krank, dumm im Kopf, sind zerstreut, vergesslich, bringen nichts mehr fertig, jammern und wehklagen".

Wenn wir von den körperlichen Erscheinungen absehen, ist es also in erster Linie eine tiefgreifende Umwandelung der Persönlichkeit, welche der eigentlichen Psychose voraufgeht und oft auch nach Heilung der Letzteren zurückbleibt.

Wie Matusch in seiner Arbeit ausführlich dargethan hat, handelt es sich hierbei um körperliche und seelische Veränderungen, die als Zeichen der eingetretenen Involution aufgefasst werden müssen.

Wir wissen, dass auch bei geistesgesunden Frauen diese Symptome zur Zeit des Klimacteriums häufig gefunden werden. Gerade aus diesem Grunde aber könnten sie geeignet erscheinen, die sogenannte Involutionsmelancholie zu einer specifischen Psychose des höheren Lebensalters zu stempeln, sie in engere Abhängigkeit zu den Rückbildungsvorgängen des Körpers und Geistes zu bringen, als das circuläre Irresein. Eine solche müsste insbesondere dann angenommen werden, wenn wir ähnliche Charakteränderungen beim circulären Irresein regelmässig vermissten. Das ist nun aber keineswegs der Fall. Es giebt Beobachtungen, bei denen kein Zweifel darüber bestehen kann, dass circuläres Irresein vorliegt, und trotzdem setzen ihre depressiven Anfälle ganz allmälig ein. Der ersten Attaque geht eine über Monate oder Jahre sich erstreckende

Zeit voraus, in der körperliche Beschwerden, wie sie oben angeführt wurden, auftreten, mit denen sich eine deutliche Umwandelung der Persönlichkeit verbindet.

Es handelt sich in diesen Fällen durchgängig um Patienten, die zum ersten Male um die Zeit des Klimacteriums erkranken.

Es giebt ferner Manisch-Depressive, die eine Reihe von (acut beginnenden) depressiven Anfällen in der Pubertät und im Mannesalter durchmachen, ohne dass jene für die Involutionsmelancholie als charakteristisch angesehenen Veränderungen auftreten. Erst später, gelegentlich eines im 5. oder 6. Lebensjahrzehnt einsetzenden neuen Anfalles stellen sich die erwähnten Vorläufer ein.

Aus dem Vorhandensein derartiger Beobachtungen folgt, dass es nicht angängig ist, diese körperlichen und seelischen Erscheinungen als für die Involutionsmelancholie kennzeichnend anzusehen. Sie zeigen nur an, dass bei dem betreffenden Individuum die Rückbildung des Körpers — und damit auch diejenige des Gehirns — begonnen hat.

Da sie sowohl bei Circulären, wie bei Altersmelancholikern vorkommen, wird man sie jedenfalls nicht als differentialdiagnostisches Merkmal zwischen beiden benutzen dürfen.

Bemerkenswerth ist allerdings, dass man die Erscheinungen bei Manisch-Depressiven, die in das höhere Alter gelangt sind, nicht ganz so häufig beobachtet, als bei Altersmelancholikern. Weshalb das nicht geschieht, ist schwer zu erklären. Man wird für einen Theil der Fälle z. B. diejenigen, in denen die manischen Anfälle überwiegen, vielleicht verstehen können, dass eine Umwandelung der Persönlichkeit in depressivem Sinne ganz ausbleibt. Weiter wird bei solchen Kranken, die nur kurze freie Intervalle zwischen den einzelnen Anfällen aufzuweisen haben, eine Charakteränderung gar nicht deutlich in die Erscheinung treten, selbst wenn sie vorhanden ist. Aber diese beiden Momente genügen wohl doch nicht, das häufigere Vorkommen der prodromalen Erscheinungen bei den Altersmelancholikern ausreichend zu erklären.

Eine andere Frage ist noch angesichts der eben erwähnten Thatsachen aufzuwerfen.

Ist das beobachtete Auftreten einer Charakteränderung bei Melancholischen und in höherem Alter stehenden Circulären blosser Zufall oder deutet dasselbe doch auf einen Zusammenhang zwischen Involution und Psychose hin?

Wie bereits weiter oben ausgeführt wurde, haben sich verschiedene Forscher in dem Sinne ausgesprochen, dass das manisch-depressive Irresein besonders häufig in der Pubertät und häufiger als alle anderen functionellen Psychosen auch im Klimacterium aufträte.

Die letztgenannte Zeit hat auch die weitaus meisten Involutionsmelancholien aufzuweisen. Wenn wir diese beiden Thatsachen mitberücksichtigen, dann werden wir in dem Auftreten der Charakterveränderung bei beiden Krankheiten wohl keinen Zufall erblicken dürfen, eher sogar ein weiteres Argument zu Gunsten der Ansicht jener Autoren, welche annehmen, dass die Involutionsmelancholie klinisch und ätiologisch zum circulären Irresein gehöre und dass beide Erkrankungen in naher Beziehung zu den Generationsvorgängen des Körpers stehen.

Wir haben soeben gesehen, dass der allmälige Beginn des Leidens keineswegs als kennzeichnend für die Involutionsmelancholie angesehen werden darf. Wie steht es nun mit der Prognose? Ist die bei der Involutionsmelancholie erheblich schlechter als beim circulären Irresein?

Wer eine brauchbare Antwort auf diese Frage erhalten will, der muss dem Umstande Rechnung tragen, dass ein nicht geringer Theil der circulären Fälle in jungen Jahren[1]) zum Ausbruch kommt, während die Altersmelancholie erst später einsetzt.

Vernachlässigt man dieses Moment, dann erscheint unter der Rubrik „circuläres Irresein" in den Statistiken eine Reihe von Fällen, die noch in so jungen Jahren stehen, dass eine Combination mit Altersdemenz nicht eintreten konnte.

Es ist leicht einzusehen, dass dieser Umstand geeignet sein kann, zu falschen Schlüssen zu führen.

Die Zahlen, welche ich im Folgenden bringen möchte, sind an einem besonders dem Zweck angepassten Materiale gewonnen, und zwar nach dem Gesichtspunkte, dass die Fälle mindestens das 40. Lebensjahr erreicht haben mussten. Wann sie zum ersten Male geistig erkrankt waren, blieb sich gleich.

Es wurde in Procenten berechnet, in wie viel Fällen die Combination mit seniler Demenz eintrat, wie oft die Kranken im Verlaufe der Psychose starben[2]) und wie hoch sich die Zahl der Geheilten und Gebesserten belief.

---

1) In jungen Jahren aber wird ein Ausgang in Demenz nie beobachtet, ebenso sind Todesfälle an intercurrenten Krankheiten selten.

2) Bei den Todesfällen handelte es sich immer um hinzugetretene körperliche Erkrankungen. Es bestand also nur ein mittelbarer Zusammenhang zwischen Todesursache und Psychose.

Tabelle III[1]).

	Uebergang in sen. Dem.	†	Geh. od. geb.[2])
Involutionsmelancholie:	11 pCt.	40 pCt.	49 pCt.
periodische Melancholie:	9,1 „	36,4 „	54 „
Circuläres Irresein:	19 „	26 „	55 „

Da mein Material nur klein ist, darf es keine uneingeschränkte Geltung beanspruchen. So dürfte z. B. eine Mortalität von 40 pCt. bei der Involutionsmelancholie ausserordentlich hoch sein. Kraepelin giebt nur 30 pCt. an.

Jedenfalls folgt aus diesen Zahlen aber wohl eins, nämlich dass die Prognose des circulären Irreseins und der periodischen Melancholie sich von derjenigen der Involutionsmelancholie nicht so wesentlich unterscheidet, als man bisher vielfach angenommen hat.

Wie schon verschiedentlich angedeutet wurde, betrachte ich diejenigen Fälle von Melancholie, welche in eine mehr oder minder erhebliche Demenz ausliefen, als eine Combination der functionellen Psychose „Melancholie“ mit der organischen Gehirnerkrankung „senile Demenz“.

Die gleiche Verbindung finden wir bei den periodischen Melancholieen und den circulären Formen gar nicht so selten. Hier zeigt sich dann auch deutlich, dass die functionelle Psychose und die senile Demenz nur mittelbar zu einander in Beziehung stehen. Denn während der depressive Anfall der periodischen Melancholie abheilt, bleibt der Altersschwachsinn bestehen und verdeckt bisweilen einen neu einsetzenden Anfall fast ganz.

Die Abhängigkeit der senilen Demenz von der Melancholie erkläre ich mir so, dass die Ernährungsstörungen, welchen das Gehirn in Folge der mangelhaften Nahrungsaufnahme, der Arteriosklerose und möglicher Weise auch in Folge von endogenen, uns noch unbekannten Aenderungen des Stoffwechsels ausgesetzt ist, zum Untergang zahlreicher Rindenzellen führen.

Der Umstand, dass nur ein bestimmter Theil der Melancholiker in senile Demenz verfällt, deutet darauf hin, dass weitere Factoren dabei im Spiele sind, auf die an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden soll.

---

1) Zu dieser Tabelle wurden 149 Fälle benutzt.

2) Hier sind auch einige in chronische Melancholie übergegangene Fälle mitgezählt.

Klinische Merkmale, welche uns gestatteten, den Ausgang der Melancholie in senile Demenz vorauszusagen, sind bisher nicht angegeben worden. Dass hohes Alter und starke Arteriosklerose die Möglichkeit eines ungünstigen Ausganges nahe legt, ist bereits von Kraepelin, A. Westphal, Wollenberg u. A. hervorgehoben worden; dieselben Autoren haben aber auch betont, dass die Demenz keineswegs immer einzutreten braucht.

Ausser dem Ausgang in Heilung oder senile Demenz muss hier noch eine andere Verlaufsart besprochen werden.

Es giebt Fälle, die in einen Zustand chronischer Depression übergehen, in dem der Affect abblasst, Wahnvorstellungen zurücktreten oder sogar ganz schwinden, in dem auch das äussere Verhalten nicht mehr so charakteristisch ist, wie bei den acuten Fällen.

Diesen Zustand als Ausdruck eingetretener geistiger Schwäche aufzufassen, erscheint wohl nicht ohne Weiteres angängig und zwar deshalb nicht, weil man nicht allzu selten die Erfahrung macht, dass die scheinbare geistige Schwäche oft noch nach Jahren schwindet. Richtiger scheint es mir, da von einem Uebergang in chronische Melancholie analog der chronischen Manie zu sprechen. Wo wirkliche „Demenz" eintritt, handelt es sich, wie schon oben ausgeführt wurde, immer um ältere Individuen, bei denen eine Complication — nämlich der auf organischen Veränderungen beruhende Altersschwachsinn — zu der Melancholie hinzugekommen ist.

Ich glaube auf diese Unterscheidung Werth legen zu müssen, weil darauf, dass man dieselbe bisher vernachlässigt hat, wohl zum Theil die Annahme beruht, dass die Melancholie Kraepelin's eine erheblich schlechtere Prognose böte, als das circuläre Irresein.

Ebensowenig, wie man berechtigt ist, bei einem Paranoiker, der als älterer Mann seine Wahnideen nicht mehr mit demselben Eifer verficht, wie 20 Jahre vorher, den Eintritt eines geistigen Schwächezustandes anzunehmen, ebenso wenig darf man dies bei der Melancholie thun, sofern dieselbe chronisch geworden ist. Wenn hier der Affect abblasst und die Wahnvorstellungen zurücktreten, dann werden krankhafte Symptome gemildert oder schwinden. Der Kranke hat sich also gebessert, er ist aber nicht dement geworden.

Die Bedeutung dieser Fälle von chronischer Melancholie liegt noch auf einem anderen Gebiete.

Wie früher schon ausgeführt wurde, unterscheiden verschiedene Autoren zwischen einer centralen Hemmung des Denkens und Wollens beim circulären Irresein und einer ungünstigen Beeinflussung der Denkthätigkeit und des motorischen Verhaltens durch die Angst bei der In-

volutionsmelancholie. Diese Unterscheidung ist nicht von allen Forschern anerkannt. Es sind wohl nicht mit Unrecht gewichtige Bedenken dagegen geltend gemacht worden.

Sieht man nun die chronischen Melancholien unter diesem Gesichtspunkte an, so findet man, dass bei ihnen in erster Linie eine Entschluss- und Leistungsunfähigkeit übrig bleibt, während der Angstaffect vollständig schwindet. Ein Kranker, den wir augenblicklich auf der Abtheilung haben, beschreibt seinen Zustand sehr schön mit den Worten: „Angst habe ich keine mehr, aber ich muss mich ganz ruhig halten".

Dieses „sich ruhig halten müssen" haben wir wohl als das Residuum jener Pseudohemmung, welche Kraepelin bei der Involutionsmelancholie annimmt, anzusehen.

Wenn dieselbe aber nun von der Angst abhängig sein soll, wie ist es dann möglich, dass sie in den Fällen chronischer Melancholie oft noch lange nach dem Schwinden derselben beobachtet wird? Sollten nicht auch diese Thatsachen darauf hindeuten, dass ein Unterschied zwischen centraler Hemmung und Beeinflussung der Denkthätigkeit durch die Angst nicht besteht, dass auch die bei der Involutionsmelancholie beobachtete Störung des Denkens und Wollens echte Hemmung ist? —

Fälle der Art, wie sie Ziehen (S. 353) beschreibt, in denen sich sog. „secundärer Schwachsinn" ausbildet, sind wohl ausserordentlich selten. Ich selbst habe derartige Kranke bisher nicht gesehen[1]).

Wenn man die Beschreibung dessen liest, was Ziehen darunter versteht, wird man vielleicht auch zweifeln, ob derartige Fälle überhaupt zur Kraepelin'schen Involutionsmelancholie zu rechnen sind. —

In den vorstehenden Ausführungen glaube ich gezeigt zu haben, dass es nicht angängig ist, die langsame Entwickelung und die zweifelhafte Prognose als kennzeichnend für die Involutionsmelancholie anzusehen. Bezüglich der übrigen Merkmale, welche Kraepelin noch angiebt, kann ich mich kürzer fassen.

Wenn darunter die lange Dauer des Leidens auch genannt wird, so ist darauf hinzuweisen, dass es circuläre Fälle giebt, die zur Heilung mindestens ebensoviel, ja noch mehr Zeit gebrauchen. Ich citire nur die von Thomsen erwähnte Beobachtung, in der eine periodische Melancholie in regelmässigen Abständen von 4 Jahren auftrat und dann jedesmal 4 Jahre dauerte[2]).

---

1) Schott scheint unter seinen Kranken derartige Beobachtungen auch nicht gehabt zu haben.

2) Die Kranke ist später in der hiesigen Klinik weiter behandelt worden.

Im übrigen können, was die Dauer der Erkrankung anlangt, überhaupt bestimmte Regeln nicht aufgestellt werden, weder für die Involutionsmelancholie noch für das circuläre Irresein. Dass bisweilen auch die Chancen des einzelnen Anfalles bezüglich der Zeitdauer mit zunehmendem Alter schlechter werden, hat A. Westphal bereits hervorgehoben. —

Von den übrigen als Cardinalsymptome angegebenen Krankheitszeichen hat allenfalls eins eine gewisse Berechtigung.

Es tritt in einer Reihe von Fällen bei der Involutionsmelancholie die innere Beunruhigung stark hervor, während bei den circulären Depressionen die gedrückte und hoffnungslose Stimmung auffällt.

Uneingeschränkte Geltung kann aber auch dies Symptom nicht beanspruchen.

Nachdem im Vorstehenden einige wichtige Punkte, welche für die Beziehungen zwischen dem manisch depressiven Irresein und der Involutionsmelancholie eine gewisse Bedeutung besitzen, besprochen worden sind, soll im Folgenden auf das Verhältniss der Altersmelancholie zu den senilen Depressionszuständen eingegangen werden.

Die dem Senium eigenthümlichen Zustände trauriger Verstimmung halte ich für ätiologisch von der Melancholie verschieden und in einer grossen Zahl von Fällen auch für klinisch von ihr abgrenzbar.

Sie sind erstens nicht ganz unmotivirt, das erkrankte Individuum wird sich sogar — im Gegensatz zum Melancholiker — des Grundes seiner Angst oft sehr wohl bewusst.

Es ist die Erkenntniss des körperlichen und geistigen Rückganges, welche dieselbe erzeugen hilft. Die von Gaupp betonte, dem Krankheitsbilde eigenthümliche hypochondrische Beimischung wird ausschliesslich durch die Sorge um das eigene Ich bedingt.

Die Kranken beobachten sich genau, jedes neue Symptom, das sie gewahr werden, bestärkt sie in der Ansicht, dass sie unheilbar sind, bald sterben müssten. Sie lassen sich aber bei geeignetem Zuspruch auch günstig beinflussen und haben sogar — wieder im Gegensatz zum Melancholiker — grosse Neigung, sich trösten zu lassen, neuen Lebensmuth zu schöpfen, auf eine bessere Zukunft zu hoffen.

Nicht selten treten nun zu dieser hypochondrischen Depression noch weitere specifisch senile Züge. Die Kranken wollen, um den körperlichen Verfall aufzuhalten, alles gethan sehen, was irgend möglich ist. Sie verlangen infolge dessen auch nicht selten alle erdenklichen Rücksichten von ihrer Umgebung, fordern von ihren Angehörigen Aus-

gaben, die deren finanzielle Kräfte weit übersteigen, und queruliren, wenn ihrem Wunsche nicht entsprochen wird.

Je stärker die letzterwähnten Züge im Krankheitsbilde ausgeprägt sind, desto leichter ist die Unterscheidung von der Melancholie. Aber selbst wenn sie ganz fehlen und nur die Angst das vorherrschende Symptom darstellt, wird man in dem Wechsel der Intensität derselben, in ihrer Beeinflussbarkeit und in dem Hervortreten der egoistischen Motive bestimmte Anhaltspunkte für die Differentialdiagnose besitzen. Auch nächtliche Verschlimmerungen, mangelhafte Orientirung und eine gewisse Umständlichkeit der Ausdrucksweise sind, wie Gaupp treffend ausführt, wichtige Unterscheidungsmerkmale.

Kraepelin hat diesen senilen Depressionszuständen grossen Werth beigelegt. Er meint, sie ständen seiner Melancholie besonders nahe, da sich zwischen beiden fliessende Uebergänge fänden. Weil nun aber die senilen Depressionen mit Sicherheit als Alterserkrankungen anzusehen seien, müsste man auch die Melancholie als eine specifische Erkrankung des höheren Lebensalters betrachten.

Wie ich oben andeutete, halte ich diese Depressionszustände für ätiologisch mit der Melancholie nicht identisch. Es ist zwar mit vollem Rechte darauf hingewiesen worden, dass für ihre Entstehung die Involution des gesammten Organismus von hoher Bedeutung sei, man hat aber daneben mehrere andere Momente nicht genügend gewürdigt, die, wie ich glaube, immerhin auch einige Beachtung verdienen. Ein solcher Factor ist z. B. die Prognose.

Wer die weiter oben bezüglich der Prognose der Melancholie gebrachten Zahlen mit dem vergleicht, was Gaupp über die Vorhersage der Altersdepressionen sagt, dass nämlich das Kennzeichnende der Letzteren darin liegt, dass sie in ziemlich affectlose Demenz, bisweilen auch in demente Euphorie ausgehen, der wird kaum geneigt sein, einen engeren Zusammenhang zwischen der Involutionsmelancholie und den Altersdepressionen anzuerkennen.

Eher wird man den Schluss ziehen können, dass die Altersdepressionen gar keine selbstständigen Krankheitsformen, sondern nur Zustandsbilder der senilen Demenz sind. Die meisten Forscher, welche sich die Darstellung der Geistesstörungen des Seniums zur Aufgabe gestellt hatten (Fürstner, Noetzli, Weiss, Dobrich, Güntz, Wollenberg u. A.) bringen daher auch die senile Depression nicht als selbstständiges Krankheitsbild.

Was ferner die Angabe Kraepelin's anlangt, es gäbe zwischen der Melancholie und den senilen Depressionen fliessende Uebergänge, so kann ich dem nicht beistimmen, glaube vielmehr mit Gaupp, dass

die Differentialdiagnose zwischen beiden nicht selten möglich ist. Wohl mögen einzelne Zustandsbilder in dem einen oder anderen Falle für kurze Zeit schwer zu deuten sein, ich glaube aber nicht, dass eine senile Depression bei genauer Beobachtung dauernd mit einer Involutionsmelancholie verwechselt werden könnte, und zwar deshalb nicht, weil sowohl der Verlauf wie auch der Ausgang beider Erkrankungen ein verschiedener ist. —

Wir kommen damit zu dem sog. „depressiven Wahnsinn". Ueber die Classification dieser Erkrankung bestehen erhebliche Meinungsverschiedenheiten unter den Autoren. Während Kraepelin und seine Schüler dieselbe der Melancholie zurechnen, halten andere Forscher (Thalbitzer, Schott) sie für ein davon abzutrennendes, selbständiges Leiden, das der senilen Demenz näher steht.

Es wird deshalb auch der Nachweis geistiger Schwächesymptome von Schott als bedeutungsvoll für die Differentialdiagnose hervorgehoben.

Thalbitzer hält im depressiven Wahnsinn die Wahnvorstellungen anscheinend für das Primäre. Er glaubt, dass die Abgrenzung gegenüber der Melancholie möglich ist und führt folgende Unterscheidungsmerkmale an:

„In der reinen melancholischen Stimmungspsychose wird man wahr„scheinlich immer eine gewisse Proportionalität zwischen der Tiefe der „Verstimmung und der Barockheit der depressiven Wahnvorstellungen „entdecken können; diese wird mit der Verstimmung zusammen fluctuiren; „vermindert sich die Depression, werden auch die depressiven Ideen „weniger ungeheuerliche Dimensionen annehmen; die Psychose wird da„durch ihren Ursprung als die pathologische Uebertreibung einer physi„ologischen Stimmung verrathen. Anders im depressiven Wahnsinn: „hier wird die Wahnvorstellung eine weit grössere Rolle spielen und „namentlich weit grössere Constanz haben: und die Verstimmung wird „den Eindruck machen, dass sie zu der Wahnvorstellung in einem Ab„hängigkeitsverhältniss steht, wird von derselben verursacht scheinen; „und doch wird man oft finden, dass die Depression, wenn auch noch so „tief — eher eine zu geringe Reaction auf die oft raffinirt grausamen „und blutdürstigen Wahnvorstellungen ist; dies erscheint mir als ein „Kriterium von entscheidender Bedeutung und ein Vorbote der anfangenden „Demenz.

„Noch einen wichtigen Unterschied zwischen diesen beiden Psychosen „finde ich in den Hallucinationen, in der Rolle, die sie spielen und in „ihrer Art und Stärke. Während die Wahnempfindungen — wohl die „häufigste Quelle der Wahnvorstellungen — in dem depressiven Wahn-

„sinn eine sehr dominirende Rolle spielen, sowohl durch ihre Distinction, „ihre entscheidende Bedeutung für den Inhalt der Wahnvorstellungen „wie durch ihre fast unwiderstehliche Macht über den Patienten, werden „die Hallucinationen in der echten Stimmungspsychose eine weit weniger „hervortretende Rolle spielen, weniger prägnant, unklarer und ver„schwommener sein und fast immer ein Massstab für den Stärkegrad der „Krankheit, ein Ausdruck für die quantitative Seite des Processes sein".

Ich habe die Ausführungen Thalbitzer's wörtlich citirt, weil dieselben meines Erachtens eingehender Besprechung bedürfen.

Nach dem ersten Abschnitte des Citirten soll „wahrscheinlich immer" eine gewisse Proportionalität zwischen der Tiefe der Verstimmung und der Barockheit der Wahnvorstellungen bestehen. Das quantitative Verhalten der Stimmung soll also die Qualität der Wahnideen beeinflussen.

Ganz abgesehen davon, dass es nicht immer leicht ist zu sagen[1]), ob sich der Affect bei einem Kranken quantitativ verändert hat, ist es auch dem subjectiven Ermessen des Beobachters überlassen, die eine Wahnvorstellung als mehr barock zu bezeichnen, als eine andere. Um ein practisches Beispiel zu wählen:

Wenn ein Kranker glaubt, er sei innen völlig hohl, und es tritt hierzu noch die weitere Wahnidee, die ganze Welt brenne, so wird man schwer entscheiden können, welche von diesen Wahnvorstellungen die barockere ist. Unter diesen Umständen überhaupt von Proportionalität und Disproportionalität zwischen Affect und Wahnideen zu sprechen, ist ziemlich gewagt. Ein solches Verhältniss aber zum differential-diagnostischen Kriterium zu machen, ist wohl überhaupt nicht angängig. —

Wenn das, was Thalbitzer bezüglich der Melancholie sagt, richtig wäre, dann müssten mit steigender Angst, deren Grad wir doch nur aus dem motorischen Verhalten des Kranken und seinen Aeusserungen abschätzen können, regelmässig immer ungeheuerlichere Wahnideen entstehen. Dies trifft jedoch keineswegs zu. Wohl spricht der Patient mit zunehmender ängstlicher Erregung von seinen Vorstellungen häufiger und dringlicher, aber es kommt doch nicht regelmässig vor, dass dabei neue und unsinnigere Ideen vorgebracht werden. Im Gegentheil wird von manchen Autoren sogar die Einförmigkeit, mit der immer dieselben Wahnvorstellungen producirt werden, besonders hervorgehoben.

Was den zweiten Theil der Ausführungen Thalbitzer's anlangt, so dürfte es schwer fallen, allein aus dem Zustandsbilde, ohne gute

1) Namentlich bei höheren Graden der Angst.

Anamnese zu erkennen, ob die Wahnideen oder der Affect das Primäre war. Welches Kriterium soll bei uns „den Eindruck erwecken", dass eine traurige oder ängstliche Verstimmung zu einer Wahnvorstellung in einem Abhängigkeitsverhältniss steht? Der Autor giebt ein sicheres Unterscheidungsmerkmal nicht an.

Wenn bestimmt nachgewiesen werden kann, dass die Wahnbildungen zuerst vorhanden waren, dann handelt es sich allerdings nicht um eine echte Stimmungspsychose und es kann dann die Diagnose Melancholie nicht mehr in Frage kommen. Derartige Fälle zeigen aber wohl in ihrem ganzen Verlaufe sehr bald so zahlreiche Besonderheiten, dass eine Unterscheidung leicht möglich ist. Bei ihnen stellt die Verbindung von Wahnideen und Depression auch wohl nur ein Zustandsbild im Verlaufe einer Psychose dar, in der auch die von Thalbitzer zum Schluss genannten Hallucinationen eine bedeutendere Rolle spielen mögen, als bei der Melancholie.

Aber diese Fälle sind verhältnissmässig selten. Sie gleichen auch denjenigen nicht, welche Kraepelin offenbar im Auge hatte.

Dieser Autor legt das Hauptgewicht darauf, dass das klinische Krankheitsbild dauernd von einer ängstlichen Erregung mit abenteuerlichen Wahnideen beherrscht wird. Wenn diese schwinden, geht die Krankheit ihrer Heilung entgegen. Man kann voraussagen, dass das Leiden in einigen Wochen oder Monaten abgelaufen sein wird, sofern sich nicht schon im Laufe der Erkrankung eine schwere Demenz bemerkbar gemacht hat. Bei den Fällen Thalbitzer's kann man die Prognose nicht so sicher, und wohl auch nicht so günstig stellen.

Die von Kraepelin geschilderten Fälle sind nun aber die häufiger vorkommenden. Ueber ihre Zugehörigkeit zur Melancholie kann deshalb kein Zweifel bestehen, weil sich thatsächlich von der einfachen, ohne Wahnideen und Sinnestäuschungen verlaufenden, durch blosse Angst charakterisirten Melancholie bis zum depressiven Wahnsinn die feinsten Uebergänge finden. Ein solcher Uebergangsfall ist z. B. die oben angeführte Beobachtung 4. —

Noch auf eine andere Frage glaube ich an dieser Stelle eingehen zu müssen, nämlich der nach der differentialdiagnostischen Bedeutung psychischer Defectsymptome in der Melancholiefrage. Wie bereits oben ausgeführt wurde, legt Schott dem Vorhandensein von Erscheinungen geistiger Schwäche grosse Bedeutung für die Differentialdiagnose zwischen der Melancholie und dem depressiven Wahnsinn bei. Andere Autoren haben die Symptome der Demenz als wichtig für die Abtrennung der Melancholie von der Spätkatatonie und

den senilen Depressionen bezeichnet. Mit welchem Rechte ist das nun geschehen?

Meines Erachtens darf man auf Erscheinungen, wie Gedächtnisschwäche, Beeinträchtigung der Merkfähigkeit und ähnliche Störungen kein allzugrosses Gewicht legen, denn erstens entwickelt sich die Melancholie manchmal noch so spät, dass bei dem erkrankten Individuum bereits Zeichen seniler Demenz vor Beginn der Melancholie nachzuweisen waren. Zweitens tritt die Altersdemenz auch bisweilen, wie oben bereits gesagt wurde, im Verlaufe der Erkrankung als Complication hinzu. Schliesslich wird drittens nicht vergessen werden dürfen, dass eine Melancholie hier und da auch einmal bei einem von Jugend auf Schwachsinnigen zur Beobachtung kommt (s. Lipschitz und Ziehen).

Aus alledem ergiebt sich jedenfalls, dass es gerathen ist, bei der Bewerthung einzelner Schwächesymptome (speciell der Gedächtnisschwäche und Beeinträchtigung der Merkfähigkeit) grosse Vorsicht walten zu lassen. Ich würde daher bei der Differentialdiagnose zwischen einer senilen Depression und einer Melancholie mehr Gewicht auf andere Erscheinungen legen, wie nächtliche Verschlimmerungen, senilen Trotz, Betonung egoistischer Motive, kurz mehr auf das Hervortreten seniler Charakterveränderungen, die sich bei reinen Altersmelancholikern nicht häufig finden[1]).

Andererseits wird man deutliche Zeichen einer Hemmung bei seniler Depression kaum je finden.

Bezüglich der Spätkatatonie möchte ich mich Kraepelin anschliessen, der die Zugänglichkeit der Melancholischen, die Lebhaftigkeit ihrer Gefühlsregungen, die Antheilnahme an Besuchen und das Eingehen auf Gespräche dem negativistischen und manirirten Wesen der Katatoniker gegenüberstellt.

Hinzuzufügen wäre hier vielleicht noch bezüglich der Wahnvorstellungen, dass das äussere Verhalten der Katatoniker, wie A. Westphal angiebt, in einem gewissen Gegensatze zu dem Inhalte der Wahnideen steht. Die Letzteren sind kaum jemals von lebhafterem Affect begleitet.

Wenn wir nach dieser Abschweifung wieder zum depressiven Wahnsinn zurückkehren, so dürfte für die uns hier beschäftigende Frage nach der klinischen Stellung der Involutionsmelancholie eine Erfahrung von Bedeutung sein, die ich in zwei Fällen gemacht habe, dass sich nämlich Depressionen, die bezüglich des klinischen Bildes dem entsprechen,

1) Auch diese Erscheinungen sind übrigens nicht ohne Einschränkung zu verwerthen.

was Kraepelin als depressiven Wahnsinn geschildert hat, bei demselben Individuum mehrfach wiederholen können.

Es sei mir gestattet, die Krankheitsgeschichten auszugsweise mitzutheilen:

Beobachtung 5. M. J., 54 Jahre alt. Aufgenommen 4. Juli 1904.

Anamnese. Patientin war früher nie krank, namentlich war sie geistig immer gesund.

Seit mehreren Monaten still in sich gekehrt, klagte zunächst über Herzklopfen, ab und zu auch über Schwindel. Allmählich ängstlich, jammerte zeitweise laut, zu anderen Zeiten sass sie traurig in Ecken herum, antwortete kaum, ass vorübergehend auch nicht. Deshalb in die Anstalt gebracht.

Status. Mittelgrosse Frau mit fast ergrautem Haar und runzlicher Haut. Greisenbogen, mässige Arteriosklerose. Im Uebrigen körperlich o. B.

Sitzt händeringend aufrecht im Bett, weint und jammert mit leiser Stimme vor sich hin. Nach dem Grunde ihrer Angst gefragt, antwortet sie: Sie sei die schlechteste Person auf der ganzen Erde. Sie habe die Welt angezündet, jetzt brenne Alles auf Erden. Die Häuser ständen in Flammen, die Menschen müssten sterben, sie höre deren Geschrei. Die Leute um sie herum seien keine richtigen Menschen aus Fleisch und Blut, sondern nur Gestalten, ihre Angehörigen seien todt, sie selbst sei innen hohl, eigentlich auch schon todt. Man solle ihr nichts zu essen geben, denn sie sei ein fluchbeladenes, unwürdiges Geschöpf und verdiene kein Mitleid.

Die Thüren des Hauses seien zugemauert, sie solle nie mehr herauskommen, habe es ja auch nicht anders verdient.

Ist zeitweise nicht im Bett zu halten, steht auf, um vom Fenster aus die brennenden Häuser zu sehen.

Dabei zeitlich und örtlich orientirt. Im Beginn der Erkrankung für einige Zeit gehemmt, spricht dann vorübergehend gar nicht oder nur wenig, sitzt in zusammengesunkener Haltung im Bett.

Nach einigen (4—6 Wochen) nimmt die Angst allmählich ab, die Wahnideen schwinden, Patientin empfindet es dann unangenehm, wenn von ihrer Erkrankung gesprochen wird und giebt nur ungern Antwort, bis sie ganz frei ist.

Eine dann vorgenommene Intelligenzprüfung hat mehrfach gezeigt, dass von Demenz nichts nachzuweisen ist.

Derartige Zustände, wie der eben beschriebene, treten nun seit dem ersten Anfalle mit ziemlicher Regelmässigkeit in Abständen von 4—6 Monaten auf. Der Inhalt der Wahnvorstellungen sowohl, wie auch das äussere Verhalten der Kranken blieb bei allen Anfällen das gleiche.

Noch bemerkenswerther ist wohl der folgende Fall:

Beobachtung 6. Frau A. R. Beginn der Erkrankung mit 45 Jahren. Früher nie ernstlich krank gewesen. Galt als lebenslustige Frau. Glücklich verheiratet, mehrere Geburten ohne Complicationen. Mit 45 Jahren ängstlich,

vernachlässigte die Wirthschaft, unruhig, äusserte, sie sei eine schlechte Frau, habe sich nicht genug um ihre Kinder gekümmert. Da auch Neigung zum Selbstmord bestand, erfolgte die Ueberführung in die Anstalt.

Hier sehr lebhafter Angstaffect, wochenlange völlige Schlaflosigkeit, Pat. ist im Bett nicht zu halten, läuft fortwährend schreiend umher. Sei die schlechteste Person auf der Welt, habe alle Menschen auf Erden umgebracht; die Menschen, welche sich in ihrer Umgebung befänden, seien keine richtigen Menschen. Die Stadt sei in einem Schutthaufen verwandelt, sei untergegangen und zwar durch ihre Schuld.

Die Pflegerinnen seien keine richtigen Menschen, sondern wandernde Figuren. Sie hätten zwar Körperformen wie lebendige Menschen, aber sie seien nicht mehr lebendig. Das Haus sei ein Gefängniss. Darein habe man sie auf Lebenszeit gesperrt. Sie solle zur Strafe für ihre Sünden hier ewig büssen.

Essen solle man ihr nicht reichen, sie verdiene keins, denn sie habe die ganze Menschheit verschlungen. Sie sei auch verändert. Ihr Fleisch sei verändert etc.

Dabei weiss Pat. genau, wo sie sich befindet, ist auch zeitlich orientirt. Verkennt die Personen nicht, nennt alle beim rechten Namen, hält aber trotz eindringlichsten Zuspruchs an ihren Vorstellungen fest.

Dieser Zustand hielt unter geringen Intensitätsschwankungen fast 2 Jahre an und besserte sich dann soweit, dass Pat. Einsicht für ihre Wahnideen bekam, die Angst verlor und infolge dessen beurlaubt wurde.

Schon nach wenigen Wochen kehrte sie jedoch in gleichem Zustande, wie beim ersten Male zurück. Sie brachte ihre alten Wahnideen wieder vor und hielt auf längere Zeit an ihnen fest. Die Intensität der Angst schwankte dabei erheblich und mit einer gewissen Regelmässigkeit, so dass Pat. alle 6—8 Wochen für mehrere Tage weinend im Bett sass, Nachts nicht schlief, laut jammerte. In den Zwischenzeiten, in denen sie weniger ängstlich war, aber an ihren Wahnideen trotzdem festhielt, pflegte sie regelmässig leichte Hausarbeiten zu verrichten.

Dieser Zustand hielt wieder etwa $1\frac{1}{2}$ Jahren an. Dann schwand innerhalb weniger Wochen die Angst von neuem. Pat. erklärte ihre Wahnideen schliesslich selbst für krankhaft, war äusserst lustig, sprach viel, machte mit Aerzten und Pflegerinnen Scherze und drängte lebhaft auf Entlassung. Sie kümmerte sich um alle Vorgänge auf der Abtheilung, kein Geschehniss entging ihr, alle Dinge erregten ihre Aufmerksamkeit.

Man entsprach schliesslich ihrem Wunsche auf Entlassung. Acht Wochen später wurde sie jedoch tief deprimirt in die Anstalt zurückgebracht und producirte die gleichen Wahnvorstellungen, wie im Anfang der Erkrankung. Auch die periodischen Schwankungen des Affectes fehlten nicht.

Störungen der zeitlichen und örtlichen Orientirung wurden nicht wahrgenommen. Gröbere Intelligenzdefecte konnten nicht nachgewiesen werden.

Körperlich: Leicht ergrautes Haar, welke Haut, mässige Arteriosklerose. Menopause seit 2 Jahren vor der I. Aufnahme.

Der eben beschriebene Fall bot zu Beginn der Erkrankung, welche im Klimakterium einsetzte, das Bild einer durch Angst und zahlreiche Wahnvorstellungen von ganz unsinnigem Inhalte charakterisirten Geistesstörung, die dem, was Kraepelin in seinem Lehrbuche als depressiven Wahnsinn beschreibt, durchaus entsprechen dürfte. Nach fast zweijähriger Dauer tritt eine erhebliche Besserung ein, der jedoch in kurzer Zeit ein Rückschlag folgt. In dieser neuen Phase der Krankheit ist zunächst insofern eine Aenderung des klinischen Bildes eingetreten, als der Affect jetzt gewisse regelmässige Schwankungen aufweist, die auch äusserlich in dem motorischen Verhalten der Kranken zum Ausdruck kommen.

Nach $1^{1}/_{2}$jähriger Dauer tritt wiederum ein Nachlassen der Erscheinungen ein, dem diesmal aber ein Stadium folgt, das durch heitere Stimmung, Rededrang, Neigung zu Scherzen und Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit gekennzeichnet ist. Dasselbe klingt nach einigen Wochen ab und macht einer neuen Depression Platz, die völlig der früheren gleicht.

Wenn wir uns nun die Frage vorlegen, wie die beiden eben geschilderten Beobachtungen zu classificiren sind, so werden wir schon bei der ersten Bedenken tragen, sie als Involutionsmelancholie zu bezeichnen. Noch weniger werden wir uns bei der zweiten hierzu entschliessen können, und zwar deshalb nicht, weil hier zwischen die zweite und dritte Periode trauriger Verstimmung eine über mehrere Wochen sich erstreckende Zeit eingeschoben ist, in der die Kranke das Bild der Hypomanie bot.

Störungen der zeitlichen und örtlichen Orientirung wurden in beiden Fällen nicht beobachtet. Dieselben fehlten auch auf der Höhe der Erkrankung.

Trotz mancher ungewöhnlicher Züge muss man meines Erachtens, wenn man die Fälle nach Kraepelin's Eintheilung rubriciren will, am ehesten an das circuläre Irresein denken.

Kraepelin hat offenbar ähnliche Beobachtungen im Auge gehabt, als er die durch Wahnideen abenteuerlichen und unsinnigen Inhaltes ausgezeichneten depressiven Zustände des circulären Irreseins schilderte. (S. 534 und 535 der VII. Auflage des Lehrbuches.)

Die Bedeutung dieser Fälle für die klinische Stellung der Involutionsmelancholie ist ausserordentlich gross. Betrachtet man sie als zum manisch-depressiven Irresein gehörig, dann hat man eine neue Brücke zwischen dieser Erkrankung und der Melancholie geschlagen. Denn da die gleichen Krankheitsbilder hier und dort zur Beobachtung

kommen, liegt auch die Annahme einer ätiologischen Verwandschaft beider sehr nahe.

Wir können damit das Kapitel der Beziehungen zwischen der Involutionsmelancholie und den übrigen im höheren Alter vorkommenden Zuständen trauriger Verstimmung verlassen und werden nur noch zwei Fragen kurz zu streifen haben, nämlich die der Differentialdiagnose zwischen der Melancholie einerseits, der Neurasthenie und der paranoiden Affectionen andererseits.

Es giebt wohl kaum ein Gebiet unserer Wissenschaft, das bisher so wenig geklärt ist, wie die Frage, wohin wir eine Reihe von Angstzuständen zu rubriciren haben, welche zweifellos vollkommen den Charakter einer Geistesstörung tragen, andererseits aber gewisse Beziehungen zur Neurasthenie zu besitzen scheinen, deren klinisches Bild dabei demjenigen der Melancholie oft sehr ähnelt.

Die Lehrbücher der Psychiatrie, ja sogar die monographischen Darstellungen der Neurasthenie geben uns über die klinische Stellung dieser Krankheitsbilder keinen genügenden Aufschluss; viele von ihnen erwähnen die hierher gehörigen Beobachtungen überhaupt kaum.

Eine ausführliche Darstellung, in der auch gleichzeitig eine Rubricirung dieser Fälle versucht wird, hat wohl zuerst Friedmann gebracht.

Dieser Autor sagt, der grössere Theil aller Neurasthenien weise zwar psychische Veränderungen auf, den Charakter wirklicher Psychosen trüge aber nur ein sehr geringer Procentsatz derselben, nämlich etwa 2 pCt. Diese letzteren sollen dadurch charakterisirt sein, dass der depressive Affect bei ihnen selbständige Bedeutung erreicht und die Vernünftigkeit und Klarheit des Denkens sich verwirrt, wodurch auch die Krankheitseinsicht häufig schwindet.

Friedmann theilt diese Gruppe von Fällen, die er auch als Uebergangsfälle zwischen Neurasthenie und Melancholie bezeichnet, in 3 Unterabtheilungen ein.

In der ersten sind diejenigen Beobachtungen zusammengefasst, welche durch deutliche Wahnvorstellungen ausgezeichnet sind, die zweite wird als „nervöse Apathie oder Stupidität“ bezeichnet, während er in der dritten die „schweren angstvollen nervösen Ueberreizungszustände“ bringt.

Auf diese drei Gruppen möchte ich die folgenden Ausführungen beschränken. Ich sehe also davon ab, auch auf die von Friedmann „nervöse Depression“ genannte Störung und auf einige andere Zustands-

bilder näher einzugehen, weil die mir zu Gebote stehenden Erfahrungen ein abschliessendes Urtheil darüber nicht gestatten. —

1. Um gleich zu der sub 1 genannten Gruppe überzugehen, so soll dieselbe durch das Auftreten eines lebhaften Angstaffectes mit Wahnideen charakterisirt sein.

Das Leiden wird meist bei zartfühlenden, weichherzigen Menschen beobachtet, die kindlich naiv und nach aussen hin schüchtern erscheinen. Von meinen eigenen Beobachtungen würde Friedmann wahrscheinlich den bei Besprechung der Fauser'schen Ausführungen gebrachten Fall hierher rechnen.

Die Frage ist nun: Ist es in der That gerechtfertigt, in diesen etwas Besonderes und Neues zu erblicken?

Ich glaube, dass man wohl daran denken könnte und zwar aus verschiedenen Gründen.

Von der Melancholie unterscheiden sich diese Fälle dadurch, dass die Verstimmung immer in directem Zusammenhange mit einer äusseren Ursache zu stehen scheint, somit nicht ganz unmotivirt ist, ferner dadurch, dass die betreffenden Individuen, wie Marcus erwähnt, häufig erblich Belastete, durchgängig aber Leute mit minderwertigem Nervensystem sind.

Bezüglich des klinischen Verlaufes ist darauf hinzuweisen, dass die Kranken sich gegen geeigneten Zuspruch nicht ganz ablehnend verhalten, überhaupt stärker beeinflussbar sind, als Melancholiker und dass das Leiden nicht selten in einer charakteristischen Weise zur Heilung kommt. Marcus beschreibt diese Letztere sehr anschaulich: „Die Kranken werden ruhiger, einsichtiger, die Angst verringert sich, Theilnahme und Interesse für die Umgebung stellt sich wieder ein, der Kranke fängt wieder an, an seine Reconvalescenz zu glauben. Da stellt sich ohne äussere Veranlassung, ohne jede Aenderung der Lebensweise, ohne jede voraufgegangene Gemüthsbewegung ein langsam wieder ansteigendes Aufflackern der Erscheinungen ein", welches schliesslich dazu führt, dass der Kranke bald wieder unter der Herrschaft seiner Wahnvorstellungen steht. „Auch dieser neue Anfall klingt nach einiger Zeit wieder ab", ihm folgen noch mehrere weitere, bis regelmässig definitive Heilung eingetreten ist.

Ein Ausgang in Demenz scheint nicht beobachtet worden zu sein, wohl deshalb nicht, weil es sich kaum je um Individuen handelte, welche so alt waren, dass die Complication mit senilem Schwachsinn hätte eintreten können.

Wenn das Leiden letal endet, handelt es sich fast immer um Suicid.

Friedmann hat noch ein anderes wichtiges Merkmal für diese

Fälle angegeben, nämlich die prompte Reaction auf eine causale Therapie. Der Autor glaubt die Beobachtung gemacht zu haben, dass ein grosser Theil seiner Fälle bei geeigneter Sanatoriums- oder Anstaltsbehandlung ausserordentlich schnell — oft schon in wenigen Tagen — gebessert oder gar geheilt wird. Man wird zugeben müssen, dass dies bei der Melancholie nicht häufig vorkommt.

Nach meinen Erfahrungen[1]) kommt es allerdings auch bei den Kranken, von denen hier die Rede ist, nicht so häufig vor, als Friedmann annimmt. Ich habe vielmehr den Eindruck gewonnen, als ob die Fälle dieses Forschers ausserordentlich günstig verliefen. Zum Theil ist diese Verschiedenheit der Ergebnisse aber vielleicht darauf zurückzuführen, dass die Kranken Friedmann's hauptsächlich der Privatpraxis entnommen sind, während mir im wesentlichen klinisches Material zu Gebote stand; ob dieser Umstand jedoch ausreicht, die Verschiedenheit der gewonnenen Erfahrungen zu erklären, werden wohl erst weitere Forschungen ergeben.

Auf einen weiteren Punkt, der von einer gewissen Bedeutung ist, wäre vielleicht noch hinzuweisen, nämlich auf das gleichzeitige Vorhandensein einer Neurasthenie. Fast regelmässig sind bei den betroffenen Individuen vor Ausbruch der Psychose bald leichtere, bald schwere neurasthenische Erscheinungen nachzuweisen. Dieselben finden sich meist auch nach Ablauf der geistigen Störung vor. —

Resumiren wir, so ergiebt sich aus den vorstehenden Ausführungen, dass es möglich sein wird, diese Fälle von der Melancholie abzutrennen. Als wichtigste Unterscheidungsmerkmale dürften die Beeinflussbarkeit der Kranken, der wellenförmige Ablauf und im Verein mit den anderen Symptomen vielleicht auch die prompte Reaction auf die Therapie anzusehen sein. Schliesslich wird auch der Umstand eine gewisse Beachtung verdienen, dass dem Leiden häufig eine Neurasthenie vorausgegangen ist, was bei der reinen Melancholie ja auch nicht oft vorkommt.

Dass man unter diesen Umständen geneigt sein kann, die hierher gehörigen Beobachtungen von der Melancholie abzutrennen, erscheint verständlich. Gehören dieselben aber nun statt dessen zur Neurasthenie?

Dies scheint mir keineswegs sicher. Wie ich schon oben bei Besprechung der Beobachtung 3 angedeutet habe, liegt eine andere Auffassung zum mindestens ebenso nahe. Es steht wohl ausser allem Zweifel, dass die Kranken dieser Gruppe zum grössten Theil Psycho-

1) Eine Bestätigung meiner Anschauung findet sich bei Lipschitz.

pathen im weitesten Sinne des Wortes sind. Weil sie degenerativ veranlagt sind, darum wurden sie Neurastheniker, aus dem gleichen Grunde wurden sie aber auch geisteskrank, als irgend ein schwerer psychischer oder körperlicher Choc sie traf.

Wenn man diese Fälle daher überhaupt von der Melancholie trennen will, dann scheint es mir richtiger, sie als Psychosen bei Menschen mit minderwerthigem Nervensystem — als degenerative Psychosen — anzusehen und sie zu jenen Beobachtungen in Parallele zu setzen, die wir bisweilen als Folgen der Strafhaft[1]) oder nach anderen erschöpfenden Momenten sehen.

Im Uebrigen möchte ich nicht verfehlen hinzuzufügen, dass Friedmann meines Erachtens unter seinen casuistischen Mittheilungen zum mindesten eine gebracht hat, die ich nicht in seinem Sinne deuten möchte. Es ist dies der Fall, in welchem dem als „neurasthenische Melancholie“ angesprochenen Erregungszustande 12 Jahre vorher eine echte Melancholie voraufgegangen war. In diesem Falle liegt doch wohl die Annahme, dass der zweite Depressionszustand ein Recidiv des ersten war, am nächsten. Der Umstand, dass dieser Rückfall als abortiver Anfall aufgefasst werden muss, ist dabei gar nicht so ungewöhnlich. Es ist eine bekannte Thatsache, auf die ich auch schon oben hingewiesen habe, dass es in manchen Fällen im ganzen Leben nur zu einem schweren Anfall kommt, während alle übrigen ganz leicht verlaufen.

2. Die zweite Untergruppe, welche Friedmann anführt, betrifft die sogenannte „nervöse Apathie oder Stupidität“. Die Kranken zeichnen sich durch völlige Gleichgültigkeit gegenüber all dem aus, was ihnen in gesunden Tagen wichtig war. Sie führen „ein Leben ohne Gefühl“ denken und handeln „wie ein Automat“.

Wie der Autor meint, handelt es sich dabei nicht um einen richtigen Hemmungszustand, sondern um eine Erschöpfung der „Spontaneität des Denkens“. „Die Lust zur Apperception der äusseren Reize ist überhaupt abgestumpft“, ohne dass deshalb eine Hemmung der Denkfähigkeit vorhanden ist.

Da mir klinisches Material, welches in diese Gruppe gehört, nicht zur Verfügung steht, sehe ich von einer Erörterung derselben ab und gehe gleich zu

3. den schweren angstvollen nervösen Ueberreizungszuständen über.

---

1) Siehe die nach Abschluss dieser Arbeit erschienene Publication Bonhoeffer's: „Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen“. Carl Marhold. 1907.

Das Charakteristische aller Fälle ist eine angstvolle Verzweiflung, welche practisch, wie Friedmann richtig betont, insofern von höchster Bedeutung ist, als sie die Kranken sehr häufig zum Selbstmord treibt. Sinnestäuschungen spielen eine nur untergeordnete Rolle, Wahnideen sind nicht so ganz selten und beziehen sich meist auf den eigenen Zustand. Bezüglich des Verlaufes sei bemerkt, dass die Schwankungen, von denen bereits in der ersten Gruppe die Rede war, hier noch viel deutlicher hervortreten, wie zwei Beispiele lehren mögen:

Beobachtung 7. W. Z., Fabrikarbeiter, 47 Jahre alt. Aufgenommen 1907.

Anamnese. Ueber Heredität ist nichts bekannt. Patient hat in der Schule nicht gern gelernt, war ein schlechter Schüler. Immer etwas sonderbar, aber ordentlich und fleissig.

Seit Jahren lungenkrank, war deshalb kurz vor der psychischen Erkrankung in einer Heilanstalt. Musste vorher aber fast dauernd schwer arbeiten, um seine Familie zu ernähren.

Beginn der Erkrankung Ende Januar. Patient wurde still und theilnahmlos. Am 1. Februar 1907 Abends wurde er plötzlich unruhig, verwirrt und äusserte Selbstbeschuldigungen, glaubte, man wollte ihn aus seiner Stellung entlassen.

Drei Tage später verliess er seine Familie heimlich und reiste nach C. zu Verwandten. Hier wieder viel Selbstvorwürfe, glaubt durch seine Schuld wäre seine Familie in's Unglück gekommen, äusserte Verfolgungsideen und Selbstmordgedanken. Versuchte sich mit einem Messer zu tödten. Deshalb in die Anstalt.

Status. Kleiner, stark abgemagerter Mann, mit ergrauendem Haar und welker fahler Haut.

Ueber der linken Lungenspitze Schallverkürzung und viel trockenes Rasseln. Mässiger Husten und Auswurf. Ziemlich beträchtliche Arteriosklerose.

Hydrocephalischer Schädel, abstehende Ohren mit angewachsenen Läppchen, steiler Gaumen, ungleich pigmentirte Irides.

28. Februar. Sehr ängstlich und unruhig. Weigert sich zunächst zu essen, versucht 2 mal aus dem Fenster zu springen. Aeussert, er habe gehört, dass ein Patient (bezeichnet einen Kranken, der fortwährend leise vor sich hin spricht) gesagt habe, ihm solle der Kopf aufgemeisselt werden. Er wisse nicht warum, habe doch nichts gethan. Glaube nicht, dass er jemals wieder gesund werden könne. Habe seine arme Familie in's Unglück gebracht, dadurch, dass er in die Heilstätte gegangen sei. Hätte arbeiten sollen.

5. März. Völlig ruhig, habe jetzt keine Angst mehr, sehe auch selbst, dass es ihm besser gehe. Habe Hoffnung auf Genesung. Früher habe er geglaubt, er würde dauernd arbeitsunfähig bleiben. Jetzt wisse er, dass dies nicht eintreten würde. Es sei daher auch falsch, dass er sich eingebildet habe, seine Familie müsse seinetwegen Noth leiden. Anfangs habe er auch geglaubt, man wolle ihn hier umbringen. Er habe sich lange gefragt, warum man der-

artige Pläne gegen ihn hege, hätte keinen Grund finden können. Jetzt glaube er auch daran nicht mehr. Er fühle sich ganz wohl und bitte entlassen zu werden.

17. März. Unter Hinweis auf denselben Mitkranken hat Patient 2 mal morgens geäussert, der habe ihn umbringen wollen. Jedesmal heftiger Angstanfall. Patient sprang aus dem Bett, lief blitzschnell an's Fenster, suchte sich durch die Gitter zu zwängen und schrie laut um Hülfe.

Nach einigen Stunden Beruhigung. Sagt selbst, die Leute sähen hier gar nicht so schlimm aus, dass man zu derartigen Befürchtungen Grund hätte.

18. März. Sehr ängstlich, kaum im Bett zu halten.

19. März. Ganz frei von Angst. Drängt auf Entlassung. Sei nicht mehr geisteskrank, gehöre nicht hierher.

21. März. Neuer Angstanfall. Patient schlägt ein Fenster ein und sucht sich die Pulsader der Hand zu öffnen, schält sich aber nur ein Stück Haut vom Daumenballen ab.

Der weitere Verlauf der Erkrankung bot immer dasselbe Bild. Nach mehreren freien Tagen stellte sich ein neuer Angstanfall ein, in dem Patient jedesmal einen Selbstmordversuch machte.

Der Fall ist im Wesentlichen durch anfallsweise auftretende Zustände heftiger Angst gekennzeichnet. Die Letztere klang jedesmal nach wenigen Stunden, spätestens nach einigen Tagen ab. Dabei trat eine ausserordentlich starke Neigung zur Selbstbeschädigung zu Tage.

In den Zwischenzeiten war Patient völlig frei, hatte für das Krankhafte seiner Angstzustände, wie sich aus den obigen Aufzeichnungen wohl mit genügender Deutlichkeit ergiebt, völlige Einsicht. Er liess dann übrigens bei eingehendem Examen weder Intelligenzdefecte, noch Orientirungsstörungen erkennen.

Nur während der Angstzustände deutete er seine Umgebung wahnhaft um. Von dem ganz leise vor sich hinsprechenden Katatoniker, welcher im nächsten Bett liegt, glaubt er gehört zu haben, ihm würde der Kopf aufgemeisselt werden u. s. w. Selbstvorwürfe brachte Patient nur im Beginn der Geistesstörung vor.

Ein anderes Beispiel derselben Gattung stellt der folgende Fall dar:

Beobachtung S. P. Th., Schumachergehülfe, 46 Jahre alt. Aufnahme 1907.

Anamnese: Ueber Heredität waren keine brauchbaren Angaben zu erhalten. Patient will geistig immer gesund gewesen sein, nur einmal vor elf Jahren wegen Neurasthenie in Behandlung gestanden haben.

Er hat bis in die letzte Zeit hinein seit Jahren viel gearbeitet, weil er von seinem kärglichen Lohn beide Eltern ernähren musste. Als diese krank wurden, strengte er sich noch mehr an. In Folge dessen in den letzten Monaten trübe Stimmung, Mattigkeit, schlechter Schlaf. Zuletzt Unfähigkeit zu arbeiten. Dabei immer neue Sorgen. (Tod des Vaters.)

Am 5. Januar 1907 wurde er in die städtische Irrenabtheilung zu C. gebracht, weil er in selbstmörderischer Absicht in den Rhein gesprungen war. Anfangs ängstlich, später gehemmt (?). Erzählt, er habe sich schon in der vorhergehenden Nacht erhängen wollen, es sei aber misslungen.

Auf der Abtheilung in C. zunächst ruhig und geordnet, eines Morgens springt er plötzlich aus dem Bett, zerschlägt eine Scheibe und bringt sich mit den Glasscherben tiefe Hautwunden am Halse bei. Erzählt hinterher ängstlich, er habe geglaubt, man wolle ihn hinrichten.

16. Januar 1907 Aufnahme in Bonn. Status: Abgemagerter Mann, mit zahlreichen Degenerationszeichen. An der linken Halsseite eine zur Zeit eiternde Hautwunde. Gesteigerte Sehnenreflexe, im Uebrigen körperlich ohne Besonderheiten.

Sitzt mit gespanntem Gesichtsausdruck aufrecht im Bett. Habe in den letzten Monaten viel Kummer gehabt, das sei ihm in den Kopf gestiegen. Habe zuletzt nicht mehr geschlafen. Wegen Nahrungssorgen sei er in den Rhein gegangen. Habe manchmal solche Angst. Fürchte, nicht mehr gesund zu werden. Man solle ihn tödten.

Bittet, es solle der Mutter geschrieben werden, dass er unheilbar krank sei. Schlaf sei schlecht, Appetit ebenfalls.

17. Januar. Ruhig und zufrieden, da er auf Veronal geschlafen hat, „Wenn ich erst wieder schlafe, werde ich auch schon wieder besser werden". Fühle sich wohler.

Isst Vormittags reichlich, Nachmittags nicht. Ist wieder traurig, sagt, er wäre lieber todt.

25. Januar. Patient überschlägt öfters Mahlzeiten. Nachts meist schlaflos. Heute sehr ängstlich. Bittet den Arzt, ihn auf eine andere Abtheilung zu verlegen, da die Leute ihm hier etwas thun wollen.

Viel hypochondrische Klagen. Leide an Stuhlverstopfung, habe Kopfschmerzen, verlangt deswegen Medicamente. Glaubt nicht, dass seine Halswunde noch einmal heilen würde.

1. Februar. Ruhig, heiter, freundlich. Hat Krankheitseinsicht. Wisse, dass seine Angst grundlos sei. Werde schon wieder gesund werden.

18. Februar. War den ganzen Tag über unruhig und aufgeregt. Abends beim Schlafengehen fängt er plötzlich an laut zu schreien, man wolle ihn umbringen. Der grosse Mann (zeigt auf einen anderen Kranken) habe heute Nachmittag gesagt, er würde ihn heute Abend todt stechen. Patient schreit fortwährend um Hülfe, wehrt die hinzugekommenen Pfleger ab, zittert am ganzen Leibe. Als ein Pfleger mit dem sonst stets gern genommenen Schlafmittel kommt, glaubt er, dieser wolle ihn vergiften. Schreit fortwährend nach dem Arzt. Als dieser erscheint, klammert Patient sich ängstlich an ihn, bittet, ihn zu retten. Es wird ihm hierauf freundlich zugesprochen, worauf er sich schnell beruhigt und aus der Hand des Arztes das vorher zurückgewiesene Schlafmittel nimmt.

19. Februar. Noch immer gedrückt. Schläft nur mit 1,0 Veronal. Viel

Klagen über Stuhlverstopfung. Glaubt jetzt fest daran, dass sein Leiden heilbar ist. Zeitlich und örtlich orientirt. Kein Intelligenzdefect.

März. Schlaflosigkeit besteht hartnäckig fort, dagegen sind die hypochondrischen Klagen geschwunden, Stimmung nicht mehr gedrückt. Steht stundenweise auf. Fühlt sich danach noch sehr matt.

April. Ganz ausser Bett. Schläft Nachts besser. Kommt oft in kindlicher Weise mit kleinen Wünschen.

Ist dauernd ruhig und freundlich.

Mai. Wird mit Gartenarbeit beschäftigt, was er gut verträgt. Hat keine Klagen mehr, fühlt sich körperlich und geistig wohl.

Auch in diesem Falle ist der hervorstechendste Zug des Krankheitsbildes die anfallsweise auftretende Angst[1]). Ferner war ausgesprochene Selbstmordneigung vorhanden. In den freien Zeiten zwischen den einzelnen Angstanfällen hatte Patient vollständige Krankheitseinsicht.

Selbstvorwürfe wurden bei diesem Kranken ganz vermisst, dagegen fehlten Sinnestäuschungen nicht.

Deutlicher als in dem ersten Falle traten hier neurasthenisch-hypochondrische Erscheinungen hervor. Der Kranke bot zunächst bis in die letzte Zeit hinein ein Cardinalsymptom der Neurasthenie, die Schlaflosigkeit. Ferner hatte er über Kopfschmerzen und Stuhlverstopfung zu klagen, ohne dass die Letztere auch thatsächlich immer vorhanden war.

Die Orientirung war selbst während der Angstanfälle leidlich erhalten. Intelligenzstörungen fehlten.

Eine Zeit lang — im Beginn der Erkrankung — soll auch eine leichte Hemmung bestanden haben. In der hiesigen Klinik wurde eine solche nicht mehr beobachtet. —

Nachdem wir einige klinische Beispiele kennen gelernt haben, werden wir uns wieder die Frage vorzulegen haben, wohin diese Fälle zu rubriciren sind.

Von der Melancholie unterscheiden sie sich in vieler Beziehung, in erster Linie wohl durch das Verhalten des Angstaffectes. Während dieser in der Melancholie insofern eine gewisse Stetigkeit erkennen lässt, als er mit geringen Schwankungen allmählich ansteigt, sich einige Zeit auf der Höhe hält, um dann ebenso allmählich wieder abzufallen, beobachteten wir in den beiden Fällen der hier zu besprechenden Gruppe ein mehr unregelmässiges Aufflackern und Schwinden des Angstgefühls.

Auch bezüglich des Auftretens und der Qualität der Wahnideen

1) Insofern ist er der Wernicke'schen Angstpsychose nahe verwandt.

ist ein Unterschied unverkennbar. Wenn solche bei der Melancholie zur Beobachtung kommen, dann geschieht dies kaum je für einige Stunden oder Tage, dieselben bilden vielmehr meist für längere Zeit einen integrirenden Bestandtheil des Krankheitsbildes[1]) und werden in der Reconvalescenz vom Patienten selbst als pathologisch erkannt. Bei unseren Fällen dagegen haben die Kranken fast jedesmal nach Ablauf des Angstzustandes völlige Einsicht dafür, dass es Wahnideen waren, die sie vorgebracht hatten.

Schliesslich wird auch die Beigabe, welche das Krankheitsbild durch das Hinzutreten von neurasthenischen Beschwerden und hypochondrischen Klagen erhält, mit dazu beitragen, einen Unterschied zwischen dieser Form und der Melancholie wahrscheinlich zu machen.

Kann somit ein Zweifel über die Nothwendigkeit, diese Fälle von der Melancholie abzutrennen, kaum bestehen, so muss andererseits die Frage aufgeworfen werden, wie dieselben zu rubriciren sind.

Wenngleich ich nun auch bezüglich dieser Fälle der Meinung bin, dass sie als degenerative Psychosen in dem oben angegebenen Sinne anzusehen sind, so ist doch zuzugeben, dass ihre Verwandtschaft mit der Neurasthenie offenbar eine nähere ist, als die der ersten Gruppe und zwar deshalb, weil, wie Friedmann mit Recht betont, die Angst bei der Neurasthenie und diesen Psychosen nur quantitativ verschieden ist, und weil die Intervalle zwischen den einzelnen Angstattaquen im Wesentlichen durch neurasthenisch-hypochondrische Erscheinungen gekennzeichnet sind. —

Mit den vorstehenden Ausführungen glaube ich meine Stellung zu den Friedmann'schen Fällen genügend präcisirt zu haben.

Wir kommen damit zu dem letzten Abschnitt unserer klinischen Erörterungen, nämlich zu den Beziehungen zwischen der Melancholie und den paranoiden Erkrankungen.

An denjenigen, der den Begriff der Paranoia so eng fasst, wie Kraepelin dies thut, wird kaum jemals die Nothwendigkeit herantreten, in differentialdiagnostische Erwägungen darüber, ob in einem Falle Paranoia oder Melancholie vorliegt, einzutreten. Wie Siemerling aber mit Recht betont, entsprechen der von Kraepelin gegebenen Definition nicht sehr viele Fälle von chronischer Verrücktheit. Die meisten Autoren haben die Letztere daher weniger eng begrenzt.

Sofern man sich die Anschauung dieser Forscher zu eigen macht, besteht auch die Möglichkeit der Verwechselung melancholischer Krank-

1) Ziehen spricht direct von der „Zähigkeit" der melancholischen Wahnideen.

heitsbilder mit solchen der Paranoia und es ist ferner die Frage aufzuwerfen, wohin eine Reihe von Beobachtungen klinisch zu rubriciren sei, die sowohl melancholische Phasen, wie auch andere aufweisen, in denen Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen und Verfolgungsideen das Krankheitsbild kennzeichnen.

Von den Letzteren soll im Folgenden zunächst kurz die Rede sein: die hierher gehörigen Fälle sind bereits mehrfach Gegenstand klinischer Untersuchung gewesen.

1. Séglas unterscheidet ein délire mélancholique von dem délire primitif d'autoaccusation. Letzteres folgt entweder einer Phase acuter Melancholie oder es tritt ganz selbständig auf und zwar entweder acut oder chronisch.

Bei den selbständigen chronischen Formen ist nicht selten ein Merkmal vorhanden, das die Abtrennung von der Melancholie leicht ermöglicht, nämlich der Polymorphismus der Wahnvorstellungen. Die Selbstbeschuldigungen verbinden sich mit hypochondrischen, Grössen-, Verfolgungsideen oder anderen Symptomen wie Sinnestäuschungen. Nicht so leicht ist die Diagnose in denjenigen Fällen, in denen die Selbstbeschuldigungen einzig und allein das Krankheitsbild beherrschen. Diese Beobachtungen — von anderen französischen Autoren fälschlich melancholie des dégénérés bezeichnet — stellen den einen Typus des délire primitif d'autoaccusation dar.

Was die Symptomatologie dieser Erkrankung anlangt, so führt Séglas folgendes aus:

Die betroffenen Individuen sind meist mehr oder minder stark erblich belastet. Sie zeigen bereits vor dem Einsetzen der Psychose verschiedene Zeichen geistiger Entartung. Es sind wenig mittheilsame, misstrauische, furchtsame, schwankende, mit sich selbst unzufriedene Menschen, bei denen allmählich aus ihrer Charakterveranlagung heraus die Selbstanklagen entstehen.

Die Letzteren unterscheiden sich also, was ihre Genese anlangt, insofern von den bei der Melancholie beobachteten, als sie nicht Erklärungsversuche der Angst sind, sondern nur eine pathologische Steigerung gewisser krankhafter Charakterzüge darstellen. Hier sind sie primär vorhanden, während sie bei der Melancholie secundär entstehen. Das für die Affectpsychose so charakteristische Insufficienzgefühl fehlt vollständig, statt dessen begegnet uns ein tief eingewurzelter Egoismus. Einwendungen gegen die Wahnideen provociren Entgegnungen, die in lebhaftem, gereiztem, bisweilen sogar zornigem Tone erfolgen.

Die Kranken beschränken sich nicht darauf, einige wenige Thatsachen aus ihrem Vorleben wahnhaft umzudeuten, sondern sie thun dies

mit ihrer ganzen Vergangenheit und es zeigt sich dabei, dass die intellectuellen Fähigkeiten (Aufmerksamkeit, Perception, Gedächtniss etc.) völlig ungestört sind.

Auf körperlichem Gebiete werden alle jene Begleiterscheinungen, welche uns bei Melancholischen nicht selten begegnen, vermisst.

Auch die äussere Haltung der Kranken bietet nichts Charakteristisches.

Der Ausgang des Leidens ist ein verschiedener. Bei der chronischen Form findet eine fortschreitende Systematisirung der Wahnideen statt, die schliesslich aufhört, worauf das Krankheitsbild dann persistirt.

In anderen Fällen treten Grössen- und Verfolgungsideen hinzu. Eine weitere Gruppe geht in ein délire de négation über. Der Ausgang in Demenz scheint selten beobachtet zu werden.

Die acuten Formen des délire primitif d' autoaccusation können alle Erscheinungen, die man bei der Melancholie findet, darbieten. Sie unterscheiden sich jedoch von der Letzteren durch das ganz plötzliche Auftreten der Symptome und das Fluctuiren derselben. Es fehlt ferner die starre Monotonie der melancholischen Wahnvorstellungen, dafür tritt die Neigung zu systematisiren deutlich hervor. Sinnestäuschungen sind selten. Wenn sie vorkommen, betreffen sie meist den Gehörsinn.

Körperliche Begleiterscheinungen fehlen auch bei den acuten Formen. Höchstens besteht Schlaflosigkeit.

Vorkastner hat darauf hingewiesen, dass die Fälle einen an die Wernicke'sche Angstpsychose erinnernden Verlauf nehmen. Sie dürften wohl auch mit den weiter oben geschilderten Formen schwerer, ängstlicher, nervöser Ueberreizung verwandt sein. —

Ausser diesen sich über mehrere Monate hinziehenden acuten Formen giebt es noch andere, die in wenigen Tagen ablaufen. Sie zeichnen sich durch plötzlichen Beginn, Auftreten von Selbstanklagen, Verfolgungsideen etc. aus, sind von Sinnestäuschungen begleitet und weisen häufig auch heftige Angst auf. Bisweilen tritt hierzu noch Schlaflosigkeit, Nahrungsverweigerung und suicidale Neigungen.

Recidive sind nicht selten zu beobachten. —

Die Deutung, welche die von Séglas beschriebenen Fälle erfahren haben, war eine verschiedene. Während die Einen sie für selbständige Erkrankungen degenerativen Charakters hielten, sahen andere sie als combinirte Psychosen an, die aus einer melancholischen Phase und einer secundären Paranoia bestehen.

In Uebereinstimmung mit Wernicke[1]) und Vorkastner möchte ich die Beobachtungen von der Melancholie abtrennen und zwar deshalb,

[1]) Dieser Autor bezeichnet die Fälle als Pseudomelancholien.

weil selbst diejenigen Fälle, in denen es zu einer weitreichenden Systematisirung der Wahnvorstellungen nicht kommt, die nach Anglade einfach durch ein Festhalten einiger, während des melancholischen Stadiums concipirter Wahnideen bei Nachlass des Affectes und Ausbleiben einer augenfälligen Demenz[1]) gekennzeichnet sind, in ihrem weiteren Verlaufe soviel charakteristische Eigenthümlichkeiten aufweisen, dass man Bedenken tragen muss, sie der Melancholie zuzurechnen.

Es sei gestattet, dies an einem Beispiel zu zeigen:

Beobachtung 9. G. G., Erzieherin, 38 Jahre alt.

Pat. stammt aus einer mütterlicherseits stark belasteten Familie. Sie selbst war von jeher absonderlich, vertrug sich mit den Geschwistern nicht, lebte immer sehr zurückgezogen. Sie war immer missmuthig und grämlich, zu den eigenen Angehörigen und den ihr anvertrauten Kindern schroff und abweisend.

Seit mehreren Jahren wegen einer langsam verlaufenden Lungentuberkulose in Behandlung.

Im 38. Lebensjahre wurde Pat. innerhalb weniger Wochen sehr niedergeschlagen, äusserte, sie sei ein schlechtes Frauenzimmer, habe sich gegen ihre Angehörigen nicht so benommen, wie es sich gezieme, habe überhaupt nie so recht ihre Pflicht gethan, verdiene weder Essen noch Trinken. Man solle sie in's Gefängniss bringen oder noch besser gleich tödten. Mehr sei sie nicht werth.

Die Angst nahm in den ersten Monaten der Erkrankung dauernd zu. Pat. schrie zuletzt Tag und Nacht. Die Nahrung verweigerte sie mit der Motivirung, sie verdiene kein Essen. Sie musste infolgedessen lange Zeit gefüttert werden.

Allmählich — nach mehr als einem Jahre — blasste der Angsaffect ab, die Wahnideen blieben jedoch bestehen. Die Kranke nannte sich noch immer ein unwürdiges Geschöpf, das sich gegen seine Angehörigen schwer vergangen habe, Strafe verdiene, unnütz auf der Welt sei, kein Stückchen Brot nehmen sollte etc.

Neu hinzugetreten waren jedoch einige Vorstellungen, die nicht in das Krankheitsbild der Melancholie hineingehörten. Die Kranke fühlte sich durch Elektricität beeinflusst, hatte am After alle möglichen Sensationen (Brennen, Stechen) und bohrte sich stundenlang mit dem Finger darin herum.

Ferner glaubte sie, man wolle sie vergiften. Sie verweigerte infolgedessen auch von Zeit zu Zeit die Nahrung.

Eine in gewissen Abständen vorgenommene Intelligenzprüfung ergab niemals einen wesentlichen Defect.

Was die Stimmung der Kranken in der zweiten Phase anlangt, so wies sie in derselben häufig eine beträchtliche Reizbarkeit auf. Sie lehnte die Aufforderung zu essen widerwillig ab, gab oft gereizte, abweisende Antworten,

1) Citirt nach Vorkastner.

kurz, es traten diejenigen Charaktereigenschaften, welche bereits vor Beginn der Erkrankung an ihr wahrgenommen wurden, wieder deutlicher hervor.

In diesem Zustande blieb Pat. bis zu ihrem nach 3jähriger Krankheitsdauer erfolgenden Ableben. (Todesursache: Lungentuberkulose.)

Die Wahnideen und Sinnestäuschungen wechselten nicht, wurden vielmehr immer wieder in der gleichen Weise vorgebracht. Die Pat. blieb dauernd mürrisch, reizbar, ablehnend.

Es fehlten Manieren, Stereotypien, Flexibilität, Negativismus und vor allem eine schwerere Demenz.

Die Orientirung blieb dauernd erhalten.

Wenn wir die vorstehend kurz skizzirte Krankheitsgeschichte überblicken, so können wir zwei Phasen unterscheiden. Die erste ist durch Angst, Selbstvorwürfe, Kleinheitswahn und Nahrungsverweigerung charakterisirt. In der zweiten fehlt die Angst, statt dessen finden wir Vergiftungs- und Verfolgungsideen, dazu verschiedene abnorme Sensationen. Nach Hinzutreten der Letzteren bleibt sich das Krankheitsbild bis zum Tode völlig gleich.

Wie sollen wir diese Affection nun aber classificiren?

Dass sie der Melancholie nicht zuzurechnen ist, geht ohne Weiteres aus dem Umstande hervor, dass Wahnideen zuerst vorhanden waren, die Angst erst secundär hinzutrat. Ausserdem spricht meines Erachtens der weitere Verlauf dagegen.

Gegen eine Dementia praecox dürfte das Fehlen jeder Demenz, ferner das Ausbleiben von Stereotypien, Manieren und Negativismus, sowie das dauernde Erhaltenbleiben der Orientirung in's Feld zu führen sein.

Ist es nun aber ein Paranoia? Nur derjenige, welcher diesen Begriff sehr weit fasst, wird geneigt sein, unseren Fall als solche zu bezeichnen. Beziehungs- und Verfolgungsideen bestanden nur ganz vereinzelt, Grössenideen fehlten ganz, auch die Sinnestäuschungen blieben nur auf ein circumscriptes Gebiet beschränkt. Man wird also wohl zugeben müssen, dass das Krankheitsbild der Paranoia nahesteht, ganz dahin rechnen kann man es aber nicht.

Ich möchte auch diese Beobachtungen mit den französischen Autoren für Psychosen halten, die auf dem Boden der Entartung entstanden sind, nachdem das Individuum von einer schweren körperlichen (wie in unserem Falle) oder seelischen Schädigung betroffen worden war.

2. Während in den eben besprochenen Krankheitsbildern ein paranoider Zustand einem melancholischen folgte, soll nunmehr auf Fälle hingewiesen werden, in denen die Reihenfolge umgekehrt ist.

Vorkastner hat solche Beobachtungen mitgetheilt, ausserdem hat

Gluszezewski[1]) 5 Fälle beschrieben, in denen ein Zustand hallucinatorischer Verwirrtheit einer, wie der Verf. meint, echten Melancholie vorausgeht, deren „Initialstadium“ bildet.

Da mir selbst geeignete Fälle nicht zur Verfügung stehen, möchte ich mich darauf beschränken, an der Hand der citirten Casuistik kurz zu denselben Stellung zu nehmen.

Wie Ziehen und Vorkastner übereinstimmend ausführen, handelt es sich dabei nicht um echte Melancholien, es dürften vielmehr auch diese Psychosen von der Letzteren abzusondern sein. Wohin man sie statt dessen rubriciren soll, ist wohl noch eine offene Frage.

Differentialdiagnostisch wird die geringere Tiefe des Affectes, grössere Mannigfaltigkeit der Wahnvorstellungen genannt. Ferner weist Vorkastner darauf hin, dass in der melancholischen Phase noch Beziehungsideen und Hallucinationen schreckhaften Inhaltes in seinen Fällen als Residuen aus dem paranoiden Theil des Krankheitsbildes zurückgeblieben waren.

3. Klarer liegt die Aetiologie in einer dritten Gruppe, in der einer echten Paranoia von vornherein ein depressiver Zug anhaftet, wie Vorkastner es ausdrückt. In den Arbeiten von Schlöss, Witkowski u. A. sind diese Beobachtungen eingehend gewürdigt worden.

Differentialdiagnostisch kommt hier frühzeitiges Auftreten von Sinnestäuschungen, das Wechseln des Inhaltes derselben, das Hinzutreten von Wahnvorstellungen heiteren Inhaltes, von Grössen und Verfolgungsideen in Betracht. Derartige Kranke sind in ihren Aeusserungen viel weniger einförmig, und weniger passiv in ihrer Haltung als Melancholische.

Zum Schluss meiner Ausführungen muss ich noch kurz auf die ätiologischen Forschungen in der Melancholiefrage zurückkommen.

Nach Aschaffenburg, Kraepelin, Weygandt u. A. unterscheidet sich die Altersmelancholie ätiologisch vom circulären Irresein insofern, als Letzteres eine ausgesprochen endogene Erkrankung darstellt, während bei der Melancholie der endogene Factor gegenüber äusseren Schädlichkeiten zurücktreten soll.

Dieser ätiologische Unterschied soll sich nun in der Weise manifestiren, dass die bei der Melancholie gefundenen Zahlen für erbliche

---

1) Vorkastner hält diese Fälle für so nahe verwandt mit den seinigen, dass er beide gleichzeitig behandelt. Verf. ist diesem Vorgehen gefolgt, weil die Gründe, welche Vorkastner für die Aehnlichkeit beider Gruppen anführt, durchaus einleuchtend sind.

Belastung hinter den beim circulären Irresein ermittelten zurückbleiben. Ferner soll die Art der Belastung eine verschiedene sein. In der Verwandtschaft — speciell der Ascendenz — von Melancholikern haben Kraepelin und Aschaffenburg[1]) auffallend oft Apoplektiker, Senil-Demente und Potatoren gefunden, in derjenigen von Manisch-Depressiven dagegen mehr gleichartige Belastung.

Ich habe mein eigenes Material auch nach diesen Gesichtspunkten geprüft und die erwähnten Unterschiede nicht gefunden.

Was die Zahlen für erbliche Belastung anbetrifft, so erhielt ich folgendes:

periodische Manie	68 pCt.,
periodische Melancholie . .	65 „
circuläres Irresein	56 „
Involutionsmelancholie . . .	51 „

Ich habe dabei als belastende Momente Geistes-, Nervenkrankheiten, Trunksucht, Selbstmord und abnorme Charaktere, sofern dieselben in der directen Ascendenz, bei Geschwistern oder eigenen Kindern[2]) vorkommen, angesehen, habe also den Begriff ziemlich weit ausgedehnt, wie dies übrigens Roubinowitsch und Toulouse auch thun.

Die Zahlen zeigen, dass erhebliche Unterschiede zwischen der Involutionsmelancholie und dem circulären Irresein nicht nachzuweisen sind.

Da auch von anderen Autoren — ich verweise auf die Zusammenstellung der Procentzahlen bei Lipschitz (S. 200) — solche anscheinend nicht oft gefunden worden sind, wird man diesem Unterscheidungsmerkmal keine grosse Bedeutung beimessen dürfen.

Zum Studium der Qualität der Belastung stand mir ausser einer Reihe von selbstbeobachteten Fällen noch das Material von Richard Förster zur Verfügung, der für seine Erblichkeitsforschung eine Anzahl einschlägiger Krankheitsgeschichten gesammelt hatte.

Bei Auswahl der Letzteren wurde in der Weise verfahren, dass nur Eltern und Kinder oder directe Geschwister berücksichtigt wurden. Es waren auf diese Weise 22 Paare, die ich zusammenstellen konnte. Ich gebe dieselben in Tabellenform wieder.

Aus dieser Tabelle ergiebt sich, dass senile Demenz, Apoplexien und Alkoholismus nur in 4 Fällen von 22 zu verzeichnen sind. Unter dem sehr viel grösseren Materiale von Circulären, periodisch Manischen

1) S. Discussionsbemerkung zu R. Foerster's Vortrag. (Lit.-Verzeichniss No. 7.)

2) Dies kam nur in drei Fällen vor.

Tabelle IV.

No.	Bezeichnung des Patienten	Vater	Mutter	Bruder	Schwester
1	F.	—	—	Mel.	—
2	F.	—	Mel.	—	—
3	F.	—	Sen.	—	—
4	M.	—	—	Man.	—
5	F.	—	—	—	Mel.
6	F.	Epil.	—	—	—
7	M.	—	Imb.	—	—
8	M.	Alk.	—	—	Hy.
9	M.	Mel.	Hy.	—	Hy.
10	M.	—	Mel.	—	—
11[1]	M.	—	—	—	Circ.
12[1]	F.	—	per Mel.	—	—
13[1]	F.	—	—	—	Mel.
14	F.	Epil.	—	Mel.	—
15	M.	—	Apopl.	—	—
16	M.	Alk.	—	—	—
17	F.	—	Circ.	—	—
18	F.	Mel.	—	—	—
19	F.	—	Hy.	—	—
20	M.	per. Man.	—	—	—
21	M.	—	Hy.	—	—
22	M.	—	Mel.	—	—

Erklärung der Zeichen für die Tabelle: F. „Frau“, M. „Mann“.

Die in der mit M. und F. ausgefüllten Rubrik stehenden Fälle sind alle Involutionsmelancholien.

Epil. „Epilepsie“, Hy. „Hysterie“, Imb. „Imbecillität“, Mel. „Involutionsmelancholie“, Alk. „Alkoholismus“, Circ. „Circuläres Irresein“, Man. „Manie“, Apopl. „Apoplexie“.

und Melancholischen, welche mir zu Gebote standen, fanden sich Altersschwachsinn, Schlaganfälle und chronischer Alkoholismus viel häufiger.

Dasselbe scheint übrigens auch Lipschitz gefunden zu haben, der den Satz aufstellt: „Bei jugendlichen Melancholikern war besonders häufig Potatorium und Epilepsie in der Ascendenz als belastendes Moment, bei klimacterischen Melancholien öfters gleichartige Vererbung zu finden“.

Es folgt daraus, dass auch dieses Unterscheidungsmerkmal anscheinend nicht immer vorhanden ist.

Ich komme damit zu dem letzteren Punkte: Nach Kraepelin

1) Förster'scher Fall.

soll nämlich der Ausbruch der Altersmelancholien sehr häufig durch bestimmte äussere Anlässe begünstigt werden, während beim circulären Irresein diese auslösenden Momente keine grosse Rolle spielen.

Lipschitz ist in einer sehr ausführlichen Arbeit auf die ätiologischen Momente, welche sowohl bei der einfachen, wie bei der periodischen Melancholie wirksam sind, näher eingegangen[1]).

Er kommt zu dem Schlusse, dass bei allen diesen Erkrankungen neben den exogenen Ursachen ein endogener Factor die hervorragendste Rolle spielt. In dem Letzteren erblickt auch er anscheinend die „eigentliche“ Ursache der Melancholie.

Ohne Zahlen bringen und auf Einzelheiten eingehen zu wollen, möchte ich im Wesentlichen seine Ergebnisse bestätigen. Man findet die verschiedensten Gelegenheitsursachen sowohl bei der einfachen Melancholie, wie auch bei der periodischen und beim circulären Irresein. Andererseits fehlen solche äusseren Ursachen auch nicht allzu selten bei allen drei Verlaufsarten (s. a. A. Westphal und Wollenberg).

Wenn man nun diesen äusseren Einflüssen überhaupt irgendwelche Bedeutung zuerkennen will, dann muss man sie nicht allein bei der Involutionsmelancholie als wirksam ansehen, sondern auch bei der periodischen Melancholie und dem circulären Irresein. Thut man dies aber, dann giebt man zu, dass bei beiden Erkrankungen zum mindesten die auslösenden Momente die gleichen sind.

Die meisten Autoren, welche sich mit den einschlägigen ätiologischen Forschungen beschäftigt haben — es sei bezüglich der Literatur auf die Referate von Hähnle, Grassmann, ferner auf die Arbeiten von Harbolla, Sioli und R. Förster verwiesen —, haben die von Kraepelin u. a. angegebenen ätiologischen Unterschiede zwischen der Involutionsmelancholie und dem circulären Irresein nicht gefunden.

Wenn man diese Thatsache mit dem verbindet, was sich beim Studium der klinischen Erscheinungen und des Verlaufes beider Erkrankungen ergeben hat, dann wird man sich dahin zusammenfassen dürfen, dass es bei dem heutigen Stande unserer Kenntnisse nicht angängig erscheint, die Involutionsmelancholie vom manisch-depressiven Irresein zu trennen.

Wir werden vielmehr alle die verschiedenen Spielarten von der ausserordentlich selten auftretenden isolirten Manie auf der einen Seite, bis zur einmaligen Melancholie

1) S. auch Albrecht, Monatschrift für Psychiatrie. 1905.

auf der anderen Seite als eine grosse Krankheitsgruppe zusammenfassen müssen.

Diese Auffassung wird im Wesentlichen auch von A. Westphal (l. c.) vertreten, der ausdrücklich hervorhebt, dass zwischen den zweifellos vorkommenden Fällen von isolirter Manie und Melancholie die verschiedenartigsten fliessenden Uebergänge zu den sich im späteren Leben in den mannigfachsten Variationen wiederholenden krankhaften Verstimmungen dieser Art bestehen, die uns nur durch die nahen inneren Beziehungen manischer und depressiver Zustände verständlich werden. Auch von ihm ist die senile Melancholie nicht von den Depressionszuständen der übrigen Lebensabschnitte getrennt, allerdings auch nicht den manisch-depressiven Mischformen (Thalbitzer) ohne Weiteres zugerechnet worden.

Wohl wird es auch in Zukunft noch zahlreiche unaufgeklärte Punkte in der Melancholiefrage geben, Ziehen, Kölpin, Vorkastner u. a. haben auf mehrere solche hingewiesen und auch zu Beginn dieser Arbeit wurden einige von ihnen ausführlicher besprochen, man wird aber an das Studium derselben am zweckmässigsten unter der Voraussetzung herantreten, dass die Involutionsmelancholie der grossen Gruppe der manisch-depressiven Psychosen zugehört.

Dies wieder einmal hervorzuheben, war der Hauptzweck der vorstehenden Arbeit. Daneben sollte von neuem auf das grosse Gebiet der Uebergangsfälle hingewiesen werden. Dass unsere Kenntnis derselben eine durchaus unzureichende ist, wurde von verschiedenen Autoren betont. Es wird eine der nächsten Aufgaben sein müssen, diese Grenzgebiete genauer zu erforschen.

Meinem hochverehrten Chef, Herrn Prof. Dr. Westphal spreche ich für die freundliche Ueberlassung des Materials und das der Arbeit entgegengebrachte Interesse meinen verbindlichsten Dank aus.

Nachschrift bei der Correctur.

Die wesentlichsten Ergebnisse des ersten Theiles der vorstehenden Arbeit sind unter dem Titel „über die klinische Stellung der Involutionsmelancholie“ in einem am 27. April 1907 auf der Jahresversammlung des deuschen Vereins für Psychiatrie gehaltenen Vortrage bekannt gegegeben worden. Kurze Zeit darauf (am 1. Juni) ist dann Georges Dreyfus in einem Vortrage und etwas später auch in einer ausführlichen von Kraepelin mit einem Vorwort versehenen Monographie (Die Melancholie, ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins,

1907, Gustav Fischer, Jena) auf Grund des alten Heidelberger Materials zu den gleichen Resultaten, wie Verfasser, gelangt.

Ferner hat sich inzwischen Specht (Centralbl. für Nervenheilkunde, 1907) gegen die Selbstsändigkeit der Involutionsmelancholie ausgesprochen.

Specht sowohl, wie Kraepelin und Dreyfuss haben nun einen zuerst von Thalbitzer ausgesprochenen Gedanken, dass die Involutionsmelancholie ein manisch-depressiver Mischzustand sei, aufgenommen und in besonderer Weise ausgeführt.

Damit ist die ganze Melancholiefrage in ein neues Stadium getreten. Dass die neue Anschauung allgemein angenommen werden wird, steht nicht zu erwarten. Immerhin ist aber wohl insofern bezüglich der ganzen Frage ein Schritt vorwärts gethan, als nunmehr die Involutionsmelancholie als selbstständige Krankheitsform endgültig gefallen ist. —

Ausser den beiden genannten Publicationen sind inzwischen noch zwei weitere Veröffentlichungen erschienen, nämlich:

1. Rehm, Verlaufsformen des manisch-depressiven Irreseins. Vortrag, gehalten auf der Jahres-Vers. des deutschen Vereins für Psych. Ref. Neur. Centralbl. 1907. S. 530.
2. Heilbronner, Zur Psychopathologie der Melancholie. Monatsschrift für Neurol. und Psychiatr. 1907. S. 1.

Beide konnten in dieser Arbeit nicht mehr berücksichtigt werden.

Literaturverzeichniss.

1. Anglade, Des délires systematisés. Gazette hebdomadaire. 1899. Citirt nach Vorkastner.
2. Aschaffenburg, Ueber die klinischen Formen der Wochenbettpsychosen. Allg. Zeitschr. für Psych. 1901. S. 337.
3. Capgras, Essai de réduction de la mélancolie en une psychose d'involution présénile.
4. Dobrich. Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie. Bd. 56. S. 979.
5. van Erp Talmann Kip, Allg. Zeitschr. für Psychiatrie. Bd. 54. S. 119.
6. Fauser, Zur Kenntniss der Melancholie. Centralblatt für Nervenheilkunde. 1906. S. 880.
7. R. Förster, Ueber die klinischen Formen der Erblichkeit etc. Vortr. s. Allg. Zeitschrift für Psych. 1907.
8. Friedmann, Ueber neurasthenische Melancholie. Monatsschr. für Psych. Bd. XV.
9. Fürstner. Die Geistesstörungen im Greisenalter. Arch. für Psych. Bd. XX. 1899. S. 458.
10. Grassmann, Allg. Zeitschr. für Psychiatrie. Bd. 52.

11. Gaupp, Die Depressionszustände im höheren Lebensalter. Münch. med. Wochenschr. 1905.
12. Gluszczewski, Die acute hallucinatorische Verwirrtheit als Initialstadium bei Melancholie. I. D. Marburg. 1904.
13. Güntz, Ueber Dementia senilis. Allg. Zeitschr. für Psych. 1874. S. 102.
14. Hähnle, Neurologisches Centralbl. 1904.
15. Heller, Ueber die Wahnideen der Melancholiker. I. D. 1898. Marburg.
16. Harbolla, I. D. Breslau. 1893.
17. Hinrichsen, Allgem. Zeitschr. für Psych. Bd. 54. S. 86.
18. Hitzig, Ueber die nosologische Auffassung und über die Therapie der periodischen Geistesstörungen. Berl. klin. Wochenschr. 1898. S. 1.
19. Hoche, Ueber die leichteren Formen des periodischen Irreseins. Alt'sche Sammlung. Halle a. S. Carl Marhold.
20. Illberg, Die Prognose der Geisteskrankheiten. Carl Marhold. Halle a. S.
21. Jolly, Ref. über Kraepelin's Lehrbuch im Archiv für Psychiatrie. Bd. 28. S. 1003.
22. Kemmler, Ueber die Depressionsformen des jugendlichen Alters und ihre Prognose. Arch. für Psych. Bd. XXVII.
23. Kölpin, Klinische Beiträge zur Melancholiefrage. Arch. für Psych. 1903.
24. Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie. VII. Aufl. 1904.
25. Derselbe, Ueber die klinische Stellung der Melancholie. Monatsschr. für Psych. 1896.
26. von Krafft-Ebing, Ueber Irresein im Klimakterium. Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. 34.
27. Krakauer, Die Melancholie d. Frauen i. Klimakterium. I. D. Breslau. 1884.
28. Léri, Le cerveau sénil. Ref. erstattet auf dem Congr. des médecins aliénistes et neurologistes. 1906. Lille.
29. Lipschitz, Zur Aetiologie der Melancholie. Monatsschr. für Psych. und Neurol. Bd. XVIII.
30. Mattusch, Ueber den Einfluss des Klimakteriums auf die Form und Entstehung von Geistesstörungen. Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. 46.
31. Mayser, Archiv für Psych. XXXI. S. 500.
32. Marcus, Ueber einige Besonderheiten in Erscheinung und Verlauf der Melancholie bei Neurasthenikern. Allgem. Zeitschrift für Psych. Bd. 46. S. 487.
33. E. Meyer, Zur Klinik der Puerperalpsychosen. Berl. klin. Wochenschr. 1901. Nr. 31.
34. Cl. Neisser, Referat über Kraepelin's Lehrbuch. Centralbl. für Nervenheilk. 1895.
35. Noetzli, Ueber Dem. senilis. I. D. Zürich. 1899.
36. Pilcz, Die periodischen Geistesstörungen. Jena. 1901.
37. Ritti, Les psychoses de la vieillesse. Ref. erstattet auf dem Congres des médecins aliénistes etc. zu Bordeaux. 1896. Ref. im Neurol. Centralblatt.
38. Rückle, Ist die Melancholie ausschliesslich eine Psychose des Rückbildungsalter? Inaug.-Diss. Erlangen. 1898.

39. Roubinowitsch, La mélancholie. 1897.
40. Saiz, Ueber die Aetiologie der Manie. S. Karger. 1907.
41. Schlöss, Ueber die Beziehungen zwischen Melancholie und Verrücktheit. Jahrb. für Psych. 1896. S. 114.
42. Séglas, Le délire systématique primitif d'autoaccusation. Arch. de neurol. Vol. VII.
43. Schott, Beitrag zur Lehre von der Melancholie. Archiv f. Psych. Bd. 36.
44. Siemerling, Kapitel „Paranoia" in Binswanger-Siemerling's Lehrbuch der Psychiatrie. II. Aufl. 1907.
45. Sioli, Archiv für Psych. 1885.
46. Thalbitzer, Melancholie und Depression. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1905.
47. Thomsen, Demonstration im psych. Verein der Rheinprovinz. S. Allg. Zeitschr. für Psych. 1902.
48. Vedrani, Bolletino del manicomio di Ferrara. XXVII. 3. 1899. Citirt nach Kraepelin.
49. Vorster, Monatsschr. für Psych. 1901.
50. Vorkastner, Ueber pseudomelancholische Zustände. Monatsschr. für Psych. und Neurol. 1905.
51. Walker, Ueber manische und depressive Psychosen. Archiv für Psych. 1907.
52. Weiss, Die Psychosen des Seniums. Wiener med. Presse. 1880.
53. A. Westphal, Abschnitt: „Melancholie" in Binswanger-Siemerling's Lehrbuch der Psych. II. Aufl. 1907.
54. Weygandt, Ueber das manisch-depressive Irresein. Berliner klinische Wochenschr. 1901.
55. Wernicke, Grundriss der Psychiatrie. 1900.
56. Wille, Die Psychosen des Greisenalters. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1874. S. 269.
57. Witkowski, Ueber den Schwachsinn. Neurol. Centralbl. 1886. S. 569.
58. Witkowski, Verh. der 10. Vers. südwestdeutscher Irrenärzte 1886. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1886.
59. Wollenberg, Die Melancholie, in „Die Deutsche Klinik".
60. Wollenberg, „Senile Geistesstörungen" in Binswanger-Siemerling's Lehrbuch. II. Aufl.
61. Zingerle, Ueber Geistesstörungen im Greisenalter. Jahrb. für Psych. 1899. S. 257.
62. Ziehen, Lehrbuch der Psychiatrie. II. Aufl. 1903.
63. Ziehen, Die Erkennung und Behandlung in der Praxis. Alt'sche Sammlung. Halle a. S. C. Marhold.
64. Ziehen, Ueber einige Lücken und Schwierigkeiten in der Gruppirung der Geisteskrankheiten. Monatsschr. für Neurol. und Psych. 1904.
